




Psykisk helse og rus

NR. 3-2011 • ÅRGANG 22

TIDSSKRIFT FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS



**Ny metode
kan gi mer
effektiv
psykiatri**

Sykepleien

Psykisk helse og rus blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av psykiatriske sykepleiere, i samarbeid med tidsskriftet Sykepleien.

REDAKTØR

Morten Leivseth
tlf. 95 81 58 80
morten@psykiskhelseogrus.no

STYRET

Faggrupeleder

Kurt Lyngved
Tlf. 75 56 55 65/90 55 31 78
kurt.lyngved@gmail.com

Nestleder

Unn E. Hammervold
Tlf. 51 53 04 70/ 90 93 67 40
unnhvold@online.no

Styremedlem

Charlotte Walthers
tlf. 48209684
cwalther@online.no

Kasserer

Bjarte Sælevik
Tlf: 45 45 26 48
bjarte.saelvik@lyse.net

Sekretær

Olav Bremnes
Tlf. 95 78 40 64
olav@ntebb.no

Medlemsansvarlig

Bodil Bakkan Nielsen
Tlf. 38 39 04 96/ 41 68 76 87
bodb@online.no

ABONNEMENT

Charlotte Walthe
tlf. 48209684
abonnement@psykiskhelseogrus.no

ANNONSEANSVARLIG

Morten Leivseth
tlf. 95 81 58 80
morten@psykiskhelseogrus.no

HJEMMESIDE:

www.sykepleierforbundet.no/
psykiatrisykepleiere

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

Barth Tholens
Tlf. 22 04 33 50/ 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALIST

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

LAYOUT

Björg Nordstrand
bjorg.nordstrand@sykepleien.no

Hilde Rebård Evensen

hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter

sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK

Stibo Graphic AS

FORSIDEFOTO:

Colourbox

Innsending av artikler

Skriv artikler helst som word-dokument. Merke bilder tydelig, gjerne med bildetekster i artikkeldokumentet. Oppgi navn på de som er på fotoet og hvor fotoet er tatt, også navn på fotograf. Bilder bør ha 300 dpi i oppløsning. Innstilling på digitalt kamera: Beste kvalitet. Alle artikler merkes med navn, tittel, arbeidssted eller bosted. Epost-adresse bør også medfølge.



■ **22 FELLESEISER:** Sydenturene skaper samhold og likeverd.

«Dramaet foregår på det indre plan.» *Om BET, side 12*

■ **32 TREFFSTED:** Brukere har fått temakafé i Bodø.



Foto: Colourbox

Innhold

NR. 3-2011 • ÅRGANG 22

5 **LEDER:** Kurt Lyngved

8 Gatemagasinet Ekko i Bodø

10 Fylkesledere

11 Holder kurs i pårønderarbeid

12 Ny behandling i akuttpsykiatrien?

18 Program fagkonferansen

22 Bofellesskap på sydentur

26 Sykepleierens identitet i DPS

32 Temakafe i Bodø

FASTE SPALTER

6 Smånytt

20 Verdt å lese

29 På plakaten

30 **TILBAKEBLIKK:**
Historisk bilde: I fyllearresten



Foto: Privat





Utdanningsstipend – LPS

Søknadsfrist 15. november 2011

Utdanninger som tildeles stipend må ha sykepleiefaglig relevans og være fra 30 studiepoeng til 120 studiepoeng. Avhengig av utdanningens lengde tildeles det min. kr. 5000, maks kr. 10.000.

Videreutdanninger hvor opptakskravet er bachelor/grunnutdanning i sykepleie er relevante.

Navn på videreutdanning, antall studiepoeng og studiested må oppgis i søknaden. Utdanningen skal gi en sykepleiefaglig fordypning dokumentert gjennom f. eks. lenke til studieplan.

Mastergradstudenter dokumenterer sykepleiefaglig relevans gjennom: kort gjengivelse av egen prosjektbeskrivelse for fordypningsoppgave, se søknadsskjemaet.

Kriterier som legges til grunn for tildeling:

- Ansiennitet som medlem i NSF utover de 3 år som kreves for å kunne søke.
- Utdanningens sykepleiefaglige relevans.
- Søkeren må være under utdanning hele eller deler av 2011.

Krav til søker:

- Søkeren må være medlem i LPS.
- Det forventes at en skriver i vårt fagblad om det en har fått støtte til

Navn:

Adresse:

Tlf/mobil:

Epostadr.:

Bankkontonr:

Medlemsnr. NSF:

Hva søker du stipend til: (Send eventuelt med vedlegg)

Hvor mye søker du om:

Dato:

Underskrift:

Søknad sendes til styret i LPS: v/ Olav Bremnes, olav@ntebb.no , tlf. 95784064

To be or not to be...

Høsten er kommet for fullt og den første høststormen har vi alt lagt bak oss. I dag sitter jeg langt fra mitt sedvanlige sted og skriver, men fornemmer allikevel vindens rivinger i gammelt byggverk. Kjenner hvordan herjingene i tømmeret utfordrer bindingsverket som har stått der i mange stormer før og vet at det holder nok denne gangen også. Det er nesten noe trygt i forutsigbarheten som ligger i de værmessige utfordringer som de ulike årstider utsetter oss for. Det er en slags regularitet i det som skaper en trygghet og en visshet, fordi dette har vi erfart tidligere.

Mine værmessige refleksjoner bringer meg videre og snart er jeg inne i helt andre virvler som handler om vinder og regularitet og faget mitt sykepleie. Etter hvert har det ene året tatt det andre og gjort at antall år for ens egen del som utøver av faget har blitt mange. Et fag jeg har vært utrolig stolt av å representere, men som på lik linje med årstidene har blitt utfordret av klimamessige endringer som har medført knakinger i fagets byggverk. Men «faget har stått han av» og har blitt sterkere og sterkere for hver storm det har erfart. Stokkene som danner byggverket har vevd seg mer og mer inn i hverandre og skapt byggverk basert på kunnskap, erfaring og klokskap. Men stadig nye stormer truer og vi forbereder oss på å takle dem også denne gang.

Myndighetenes forsøk på de-profesjonalisering er en av de nye stormene som vi sykepleiere må forholde oss til. Jeg registrerer med bekymring for tiden at i alle offentlige høringer og dokumenter er psykiatriske sykepleiere ikke nevnt og vi er omgjort til en kategori som benevnes «annet helsepersonell». Dette bekymrer meg på vegne av faget, men også på vegne av de som mottar våre tjenester. I tverrfaglighetens tid må det ikke gå så langt at vi alle blir gjort til en utydelig masse der ingen vet hvem man forholder seg til. Jeg vil på vegne av eget fag med stolthet kunne representere sykepleie og ikke være en representant for «annet personell». Det er med stor undring jeg leser dokumentene og ser at det er leger, psykologer og annet personell som skal utøve tjenestene. Nei det er ikke det – det er leger, psykologer, sykepleiere, ergoterapeuter, sosionomer, helsefagarbeidere osv... som skal utøve tjenestene. I et tverrfaglig landskap skal vi vite om hverandre når vi møtes på torget og de som møter oss der skal også vite noe om hva vi har å tilby. Dette, kjære venner, må vi sloss mot og vi må ikke være likegyldig når noen prøver å gjøre alle til det samme. Vi er ikke det samme og «annet personell» er ikke annet, slik jeg ser det, enn en tilsløring og et forsøk på å utydeliggjøre fagene. Men vi vil ikke la oss utydeliggjøre og vi vil fremstå som modig,



LEDER: Kurt Lyngved

tydelig og stolt når det gjelder. Ikke minst på vegne av brukerne av våre tjenester og respekten for dem. For brukeren er det aller viktigste målet å oppnå god helse og gjenvinne kontrollen over eget liv. Vi vil at brukeren skal vite hvem han møter i denne prosessen og hva hun/han kan etterspørre fra oss.

Landsmøtet i Norsk Sykepleierforbund står for døren og er en stor begivenhet for alle oss som er medlemmer der. Landsmøtet er et viktig organ og premissleverandør for det som skjer i landsmøteperioden. I 2007 ble det vedtatt en handlingsplan hvor psykisk helse var et prioritert område. Det er vi veldig glad for og etter hvert fikk vi den plattformen som er blitt et godt verktøy for arbeidet som sykepleier innen det psykiske helsefeltet. Vi ønsker å utvikle dette og vil at fokus på psykisk helse fortatt skal ha høy prioritet i en tid hvor behovet for våre tjenester bare blir større og større.

Landsmøtet 2011 skal også velge ny ledelse og mange andre tillitsvalgte for et fireårig arbeid for norske sykepleiere og for mottakere av våre tjenester. Vi ser med forventning frem til valgene og inviterer alle til et samarbeid som styrker sykepleiefaget innenfor det psykiske helsefeltet på alle nivåer i helsetjenesten. Psykiatriske sykepleiere bidrar gjerne med sin kunnskap og erfaring for å skape en stadig bedre sykepleietjeneste for de som er i behov av våre tjenester. Samtidig vil jeg på vegne av LPS takke de som nå går ut av organisasjonen. Vi ønsker lykke til videre og håper at alle fortsatt vil bidra til å styrke sykepleiefagets ståsted i samfunnet.

En årstid kommer, og en annen overtar. I skrivende stund virker det som om julen og det nye år ligger langt utenfor horisonten et sted. Men stirrer jeg lenge nok ser jeg en hildring der fremme som minner om stjerner og tente lys! En ny høytid ligger ikke langt borte og venter og jeg vil hermed benytte anledningen på vegne av meg selv og landsstyret i LPS å ønske dere alle en riktig god førjulstid. Nyt alle de tente lys i en mørk tid og søk sammen når vind og vær virker truende og skap gode stemninger i varme hus.

Vinden løyer og tømmeret faller til ro! Minner meg om at bak mørket et sted venter en ny vår og nye muligheter. En av dem er Landskonferansen i Kristiansand i begynnelsen av mai neste år! Håper vi er riktig mange som sees der!

Ha en fortsatt god høst!

Kurt J. Lyngved

FAGGRUPPELEDER

Kriminalitet varsler om selvmord

Kriminell belastning kan være en indikator på økt risiko for selvmord i ung alder. Det viser en ny studie fra Karolinska Institutet og National Board of Health. Studien slår fast at personer mellom 15 og 19 år som er straffet gjentatte ganger, har tre ganger så stor risiko for å begå selvmord som lovlidige jevnaldringer. Forskerne har justert for andre risikofaktorer som rus og psykiske lidelser. Risikoen for å ta sitt eget liv, økte med antall tiltaler. Høyest selvmordsrisiko hadde unge med fem eller flere rettsforfølgelser. Kilde: Dagens Medisin

Mange psyke i EU

Drøyt en tredjedel av den europeiske befolkningen antas å rammes av en eller annen form for psykisk lidelse hvert år, viser en undersøkelse fra Tyskland.

Angstlidelser, søvnløshet og depressiv lidelse er blant de hyppigst forekommende lidelsene i EU. Kilde: PsykNytt.no



SMÅNYTT

Lider under foreldrenes sykdom

Foreldres psykiske lidelser eller alkoholmisbruk kan oppleves som vondt og belastende for barn. 450 000 barn i Norge tilhører familier hvor minst én av foreldrene har psykiske lidelser eller misbruker alkohol. Av disse har 135 000 foreldre med alvorlige lidelser.

Når det gjelder risikoen for at disse barna skal oppleve alvorlige negative hendelser, som at de selv utvikler psykiske lidelser, blir utsatt for vold eller seksuelle overgrep, eller at de dør tidlig, ser det jevnt over ut til å være om lag en dobling i risiko, sammenlignet med andre barn. Hvor stor risikoen er, avhenger av en rekke faktorer, for eksempel hvor alvorlig lidelse forelderen har. Mange av foreldre har forholdsvis milde lidelser som hovedsakelig plager dem selv, ikke barna. Det viser en rapport Folkehelseinstituttet har gjort på oppdrag fra Helsedirektoratet. Les hele rapporten på fhi.no. Rapporten heter Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Kilde: Helsedirektoratet



Skadelig ADHD-medisin?

Forskere lurer nå på om ADHD-medisin kan forsinke puberteten. Forsøk på aper viser at stoffet metylfenidat, som finnes blant annet i legemiddelet Ritalin, ser ut til å påvirke testosteronnivået, forsinke nedfallet av testiklene og reduserer testikkelstørrelsen hos aper. Kilde: forskning.no

«Ingen her i verden er mislykket hvis han letter byrdene for en annen.»

Charles Dickens, engelsk forfatter

Mindfulness mot angst

Psykolog Jon Vøllestad disputerte mandag 3. oktober for ph.d.-graden med avhandlingen: Mindfulness-based treatment for anxiety disorders.

Oppmerksomt nærvær eller mindfulness er en sinnstilstand kjennetegnet av en aksepterende bevissthet på det en opplever i øyeblikket. Med inspirasjon fra østlige meditasjon er det utviklet et behandlingsopplegg for å hjelpe klienter til å forholde seg mer fleksibelt til egne tanker, følelser

og kroppsopplevelser. Vøllestad har undersøkt om dette hjelper i forhold til angst.

Forskningen viser at mindfulness-baserte tilnærminger fører til en klar reduksjon i angstsymptomer og depressive plager for pasienter med angstlidelser. Kilde: Uib.no



Lær om IA

IA står for inkluderende arbeidsliv. Inkluderende arbeidsliv skal være et arbeidsliv for alle som kan og vil bidra. Nå er det laget et eget nettsted om IA, hvor du kan lære mer ved blant annet å se filmer. Bak prosjektet står organisasjonene LO, Unio, YS, Akademikerne, Spekter, HSH, KS, Fornyings- og administrasjons- og kirkedepartementet og NHO. Gå inn på inkluderende.no.

Internett mot depresjon

Internettbaserte selvhjelpsprogrammer og informasjonssider mot depresjon kan være nyttig for unge mennesker i en tidlig fase med økte depressive symptomer. Det viser en undersøkelse ved Universitetet i Tromsø, der studenter var forsøkspersoner. Slik nettbasert hjelp kan gi effekt med minimale kostnader, og at den kan nå ut til et stort antall mennesker. Les mer på: ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21887811



Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Handikappede mobbes mest

Barn og unge med nedsatt funksjonsevne blir oftere mobbet enn andre elever, viser en svensk undersøkelse.

Risikoen for å bli mobbet er fire ganger høyere for denne gruppen, enn for friske. Omtrent 14 prosent av svenske elever i sjette til niende klasse har nedsatt funksjonsevne, for eksempel astma/allergi, dysleksi, ADHD, autisme, epilepsi eller diabetes. Tellene er hentet fra rapporten Hälsan hos barn och unga med funktionsnedsettning. Les mer på www.fhi.se.



Farlige sjåførere

Sjåførere som tester positivt på marihuana, kan ha mer enn dobbelt så stor risiko for å bli involvert i bilulykker, som andre sjåførere. Det viser en metastudie der forskere ved Columbia University Mailman School of public health har tatt for seg flere studier på emnet. Cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet i Norge. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at omtrent én av 30 bilførere i Norge kjører med alkohol, illegale rusmidler eller sløvende legemidler i blodet.

Kilde: Forskning.no og fhi.no

Enkle lykkeråd

Rådet for psykisk helse har gitt ut et hefte med 63 gode råd for mer lykke i hverdagen. Heftet er delt opp i råd for ungdom, foreldre, eldre og flere andre grupper. Du kan laste ned heftet på psykiskhelse.no.

Her er ett av rådene: Ta vare på flokken. Mennesker er sosiale vesener.

Fra naturens side er vi skapt som flokkdyr, vi trenger andre mennesker rundt oss for å ha det bra. Enkelte omgir seg med store bølinger, mens andre synes det holder med noen få. Antallet er ikke viktig, men alle trenger noen.

Noen å snakke med, noen som kan hjelpe med praktiske gjøremål, noen som kan trå støttende til når livet går ned. Sosial støtte, kaller forskerne det. Vi kaller det venner. Husk at etablerte vennskap og bekjentskap må pleies. Bruk telefon, e-post, sms og sosiale medier som «Facebook». Et lite «hei» i ny og ne kan være alt som skal til! Det kan være lett å isolere seg om man har en vanskelig periode, men ensomhet skaper ingenting – unntatt mer ensomhet.

Kilde: psykiskhelse.no



Møtet med kjøperen er

Nå har også Bodø fått sitt gatemagasin. Selgerne melder om en hjertelig mottakelse. Samtidig opplever de å få bedret sin skrøpelige økonomi.

Tekst Ole Martin Larsen Foto OML

Ekko heter magasinet som i begynnelsen av oktober kom med utgave nummer to. Bladet og navnet er resultatet av en flerårig prosess. Med utgangspunkt i et initiativ tatt på Batteriet i Bodø, har en arbeidsgruppe studert

gatemagasiner i andre byer og vurdert muligheten for at et slikt blad kan være bærekraftig i Bodø og Salten-området.

Et styre ble satt sammen. Det ble søkt om økonomisk støtte. Lokale ble leid og redaktør ansatt. I august var

første nummer på gata. Så kan bare tiden vise om bladet har livets rett. En viktig forutsetning for at økonomien kan henge sammen, er at det lokale næringslivet slutter opp om bladet gjennom å kjøpe annonseplass.



MANGE VIL HA EKKO: Selgeren Normann i ferd med å gjøre en handel på gaten i Bodø.

det viktigste

Navnet Ekko kan forstås på flere måter. For eksempel kan selgernes vanskelige situasjon ses som et ekko av et samfunn de ikke har klart å bli en del av. Et samfunn de er blitt kastet inn i «uten bruksanvisning» som journalist Arne O. Holm uttrykker det i en kommentar i bladet.

Ærlige penger

Bladet har flere funksjoner. Den viktigste er møtet mellom selger og kjøper. En del av selgerne er rusavhengige som er vant til å bli hundset med og sett ned på. Andre er ekskludert fra arbeidsmarkedet og/eller sosialt utsatt av andre årsaker enn rus. Men alle sliter økonomisk. Som selgere av bladet kan de på en verdig måte supplere en dårlig økonomi med ærlig tjente penger.

Salgssituasjonen skaper samtidig mulighet for samtale mellom selgeren og kjøperen. Rusavhengige er vant til å bli møtt med forakt og løftede pekefinger. Mange bærer rundt på følelser av skam, skyld og ensomhet. Flere av selgerne forteller gledesstrålende om overraskelsen i at herr og fru Olsen faktisk møter dem med velvilje og respekt.

Selgerne blomstrer

Slike positive opplevelser medvirker til at flere av de nåværende knapt 30 selgerne har blomstret tydelig opp. For å nevne et par eksempler: Én er i behandling for heroinavhengighet og er kjent som en temmelig kaotisk person med dårlig kontroll over sitt temperament. Men som Ekko-selger er han bare vennlig og blid, og formelig stråler når han kommer og kjøper en ny stabel blader. Han holder pinlig orden på pengene og har klare mål for hvilke regninger han har mulighet for å få betalt.

En annen, også metadon-pasient, er for første gang i stand til å hjelpe sin halvoksne sønn økonomisk mens han går i skole. Han forteller om hyggelige samtaler med kjøpere som blant annet er nysgjerrige på hvordan det er å leve som rusavhengig.

En tredje selger sørger alltid for å ta vare på 25 kroner. Han kommer ofte innom redaksjonen når vi åpner for å kjøpe ett blad som han selger for 50 kroner. Så kommer han tilbake for å kjøpe to, så fire og så videre, inntil han er fornøyd med dagens inntekt.

Ikke utsolgt

De fleste av selgerne har ikke ambisjoner om å tjene de store pengene. Kanskje fordi de er vant til å ha så lite mellom hendene, er de fornøyd når de har tjent et par-tre hundre kroner noen ganger i uka. Et par «superselgere» har i perioder solgt 40-50 blad om dagen.

Det er dessverre ikke nok til å dekke behovet. Mange i Bodø forteller at de har lett forgiveves etter en selger. Av samme årsak har vi rundt 1000 tilbake av førsteutgaven som vi fikk trykket i 5000 eksemplarer. Vi hadde også håpet å få solgt en del blad i nabobyen Fauske, der mange har rusproblemer. Men de tre selgerne

«Selgerne har ikke ambisjoner om å tjene de store pengene.»

som har meldt seg på Fauske, har bare solgt noen få stykker. Én har fått beskjed av mora om at hun ikke liker at datteren stiller seg ut på en så stigmatiserende måte. Og de to andre har tydeligvis ikke hatt motet til å stå på. Vi har hørt at dette er typiske barnesykdommer for et gatemagasin, og håper det er tilfellet.



NYTT GATEMAGASIN: Bodø har fått sitt eget gatemagasin, som heter Ekko. I første utgave var en sak om tidligere Bodø-prest, Gunnar Kristiansen, hovedoppslag. Han snakket om hva som er feil med norsk ruspolitikk.

Selgerne er til gjengjeld godt fornøyd med innholdet i bladet. Som ansvarlig redaktør legger jeg vekt på å la bladet være talerør for samfunnets svakeste, enten det dreier seg om rusavhengige, psykisk syke eller mennesker som er sosialt utsatte av andre årsaker.

Bidrag fra lesere

I den første utgaven etterlyste vi henvendelser, tekster eller illustrasjoner fra folk som har lyst til å bidra i bladet om gode og dårlige erfaringer med Nav, psykiatrien og andre relevante samfunnsinstitusjoner. Og allerede i nummer to kunne vi trykke en gripende artikkel av en kvinne som har vært tvangsinnlagt flere ganger og etter eget utsagn følt seg «mishandlet, tråkket på, undervurdert, misforstått, feiltolket, feilbehandlet, oppbevart og medisinerert». Hun illustrerte den selv med et maleri under tittelen «I den sorte gryte» som hun har malt under en tvangsinnleggelse.

Vi har også trykt et sterkt dikt om å bli utnyttet av en pedofil – noe

dessverre alt for mange barn opplever. Seksuelle overgrep og vold er som kjent opplevelser mange rusavhengige har bak seg. Dikteren – som aldri tidligere har hatt noe på trykk – blir også «årets dikter», med en rekke flotte tekster i juleboka som vi utgir i samarbeid med gatemagasinet Virkelig i Tromsø.

Håpet er selvsagt at det vil dukke opp flere slike brukerstemmer.

Brukernes syn

Vi har på vår side trykket – og vil trykke flere – artikler om brukernes syn på norsk ruspolitikk og den såkalte kriggen mot narkotika, og prøver samtidig å sette norsk debatt i internasjonalt perspektiv. Den norske debatten er fortsatt preget av moralisme, og leserne vil forhåpentligvis tåle å bli utfordret på de tradisjonelle mytene om årsakene bak bruk og misbruk, hvilke behandlingsformer som virker og ikke virker. Og aller mest at brukerne ikke kan betraktes som en kategori, men er like forskjellige som ikke-brukere, med svært individuelle behandlingsbehov.

Den svenske sosiologiprofessoren Ted Goldberg som har skrevet flere bøker om narkotika og narkotikapolitikk, uttrykte det slik på et seminar i Stockholm i fjor:

–Det er for mange som «vet» hva

misbruk handler om, uten å ha prøvd det selv. Mentaliteten hos oss handler om at brukernes hjerner er «kidnapet» av stoff, og at de ikke lenger kan ta ansvar for eget liv. Derfor gir det ingen mening å snakke med dem. I stedet for å ville frelse dem, burde politikken handle om å minske lidelse og gi mulighet til en mindre selvdestruktiv adferd.

Den norske professor emeritus Helge Waal uttrykte det slik under et symposium i København i høst:

– De som har de sterkeste meningene om narkotika, har samtidig ofte det laveste kunnskapsnivået.

Og skal man ta brukernes erfaringer alvorlig, blir de ofte møtt av et sjokkerende lavt kompetansenivå når de henvender seg i LAR for å få behandling for opiatavhengighet. Her vil det utvilsomt være mange historier å hente.

Nervepirrende

De norske gatemagasinerne er svært forskjellige. De fleste bladene kjø-

rer en noe «snillere» linje enn de nord-norske magasinene Virkelig og Ekko som begge legger vekt på kritisk journalistikk. Noen av bladene har en veldig lokal profil. Noen er bedre enn andre til å skape et profesjonelt uttrykk, redaksjonelt og visuelt. Men alle har som hovedformål å alminneliggjøre mennesker mange hittil har betraktet som utskudd. Møtet mellom kjøper og selger er alltid det viktigste.

Det er ikke mer enn fem år siden =Oslo dukket opp som det første, norske gatemagasinet. I dag er det rundt 10. Og tross forskjellene er bladene å regne som en familie, eller kanskje bevegelse, som blant annet utveksler tekster og bilder. Det er spennende og inspirerende å bli en del av denne familien. Og det er litt nervepirrende å vente og se på om Bodø med sine 50 000 innbyggere og nabokommunene i Salten har hjerterom til ekkoet fra gata. ■

LPS fylkesledere 2011-2012

| Navn | Epost | Fylkeskontakter |
|--------------------------|--|------------------|
| Liv Bech Johannessen | livbech.johannessen@lds.no | Oslo |
| Jørgen Due | joe-du@online.no | Oppland |
| Torfrid Johansen | torfrid.johansen@vestreviken.no | Buskerud |
| Bjørge Skjøtskift | bjorg.skjotskift@sykehuset-innlandet.no | Hedemark |
| Charlotte Walther | cwalth@online.no | Østfold |
| Charlotte Walther | cwalth@online.no | Akershus |
| Charlotte Walther | cwalth@online.no | Vestfold |
| Gitte Slåtta | gitte.slatta@sthf.no | Telemark |
| Eli Jorid Sveipe | eli.jorid.sveipe@sshf.no | Aust Agder |
| Bodil Bakkan Nielsen | bodb@online.no | Vest Agder |
| Peter Hee Andersen | peterhee@lyse.net | Rogaland |
| Laila Heggernes Forsberg | laila.heggernes.forsberg@helse-bergen.no | Hordaland |
| Liv Stokkenes Jacobsen | liv.stokkenes.jacobsen@helse-forde.no | Sogn og Fjordane |
| Henning Nedberg | henning.Nedberg@helsenr.no | Møre og Romsdal |
| Janne Konstad | lps.sortrondelag@gmail.com | Sør-Trøndelag |
| Tore Tofte | tore.tofte@hnt.no | Nord-Trøndelag |
| Rita Hove | rita.hove@nordlandssykehuset.no | Nordland |
| Åshild Fause | ashild.fause@uit.no | Troms |
| Anne-Lill Haabeth | annelillhaabeth@hotmail.com | Finnmark |

Synliggjør pårørende som ressurs

Bikuben har utviklet kurs i pårørendearbeid. Det brukerstyrte senteret er godt i gang med å gjennomføre kursene.

Pårørende er ofte en viktig ressurs. Mange er sentrale omsorgspersoner med betydelig kunnskap om den som er syk. Bikuben regionalt brukerstyrt senter har utviklet kurs i pårørendearbeid.

Kursene tar utgangspunkt i IS 13-15 Pårørende en ressurs. Bikuben utvikler disse kursene i samarbeid med Landsforeningen innen psykiatri Troms og Høgskolen i Harstad som deltar i kvalitetssikringsarbeidet.

OM BIKUBEN

- På landsbasis finnes det seks regionale brukerstyrte sentre. Bikuben er det eneste i Nord-Norge og finansieres i all hovedsak fra Helsedirektoratet. Bak senteret står brukerorganisasjonene Mental Helse i Nordland, Troms og Finnmark, ADHD Norge og Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien avd. Troms.
- Bikuben skal være et opplæringstilbud for hele Nord-Norge som ved hjelp av brukerressurser bidrar til å bygge opp livskvalitet og livsglede med ansvar for egen helse og egen læring.
- Målgruppene er folk flest fra Nord Norge, brukere av offentlige tjenester, pårørende, skoler og tjenesteapparatet.

Les mer på www.bikuben.net



STØTTE: Omsorg fra pårørende kan være viktig for pasienten. Illustrasjonsfoto Colourbox.

Bikubens kurskonsept består av tre ulike kursmoduler.

Modul 1 er rettet mot de pårørende, organisasjoner og andre som måtte være interessert i pårørendearbeid. Modul 1 er allerede gjennomført i seks byer. Til sammen har rundt 300 personer deltatt i denne opplæringen og tilbakemeldingene viser at kurskonseptet er meget bra og at kurset gir pårørende sårt etterlengtet kunnskap.

Modul 2 er rettet til tjenesteapparatet og studenter ved høyskoler. Pårørende ressurs modul 2 hadde sin første gjennomføring 23. august i Harstad. Her deltok rundt 15 fagpersoner fra kommunehelsetjenesten og Universitetssykehuset Nord-Norge. Her var evaluering og forbedring av konseptet satt i fokus. Deretter kjørte vi pilotkurs nummer 2 i samarbeid med PIO sentret i Oslo 8. september. Vi har fått

mange gode innspill og tilbakemeldinger også fra denne gjennomføringen. Bikuben vil høsten 2011 ytterligere kjøre noen pilotkurs i modul 2 før vi stempler kurskonseptet helt ferdig utviklet.

Modul 3 tar opp temaet barn som pårørende og er rettet både til organisasjoner, tjenesteapparatet og andre som har interesse for temaet. Modulen Barn som pårørende er på tegnebrettet og vi setter som mål å kunne starte pilotkurs 1. halvdel av 2012.

For øvrig vil gjennomføring av flere kurs i modul 1 gå parallelt med øvrig kursutvikling ut 2011. ■



Tekst **Ann-Kirsti Brustad**, kursholder og erfaringsformidler Bikuben.

Vil BET bidra til mer

Til nå har 12 pasienter med lang sykehistorie og dårlig prognose fått normalisert sine liv gjennom Basal Eksponeringsterapi. For visse pasienter i akuttpsykiatrisk behandling vil BET-programmet kunne være et supplement som kan fremme funksjonsheving og korte ned liggetid.



Foto: Privat

Av Jan Hammer, spesialsykepleier med mester i klinisk helsearbeid, mottaksseksjonen avd. Lier, Klinik for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF



Foto: Privat

Av Didrik Heggdal, psykologspesialist, seksjon for psykoser og sammensatte lidelser (SPS), avd. Blakstad, Klinik for Psykisk helse og rus, Vestre Viken HF

Artikkelen tar utgangspunkt i forfatternes daglige arbeid på henholdsvis en akuttpsykiatrisk mottaksseksjon og en seksjon for psykoser og sammensatte lidelser. Målet er å fremme forslag til hvordan Basal Eksponeringsterapi (BET) kan implementeres i akuttpsykiatrisk behandling. BET brukes i behandling av pasienter med alvorlige, sammensatte lidelser, gjennomgripende funksjonssvikt og symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger, dissosiasjon og suicidal atferd (Heggdal, 2011). De som tas inn i BET-programmet har gjennom flere år mottatt en rekke former for behandling uten at det har ført til varig bedring. Pasientgruppen legger beslag på et stort antall senger i akuttavdelinger, der en døgnplass koster nærmere 3 millioner pr. år (Heggdal, 2010).

Årsaksforståelse og ansvar for endring

I psykiatriske akuttavdelinger vil årsaksforståelse ofte være rettet mot genetisk og biologisk sårbarhet (Hjort og Ruud, 2006). Høy pasientsirkulasjon som effektivitetsmål fremmer en bio-medisinsk tilnærming, og akuttbehandling får et preg av å være krisehjelp og symptomlindring (Hummelvoll, 2001). En fare ved å se mennesker i et bio-medisinsk perspektiv er en tingliggjøring som gjør pasientene til ofre for genetiske eller biokjemiske årsaker (Bøe og Thomassen, 2003). Akuttpsykiatrien er ikke ensidig styrt av dette perspektivet, men biologisk forståelse og behandling har fortsatt en dominerende plass innen psykisk helsevern.

I dagens samfunn anses helse ofte som fravær av smerte og ubehag (Hayes et al, 1996; Hayes et al,

2004). Unngåelse av smerte kan, stikk i strid med hensikten, gi næring til angst og smerte, og for noen bidra til utvikling av psykiske lidelser. Pasientgruppen som omtales i denne artikkelen ser ut til å ha et vesentlig fellestrekk: de strever mer eller mindre kontinuerlig med å unngå en opplevelse av eksistensiell katastrofeangst. I BET ses denne unngåelsesatferden som kjernen i disse pasientenes problemer (Heggdal, 2008). Den eksistensielle katastrofen fremtrer som «en påtrengende følelse og frykt for å gå i stykker, gå i oppløsning eller å bli sittende fast i evig pine eller tomhet» (Heggdal, D., 2008, s. 2). Mennesker som har slike angstreaksjoner vil ofte bære på et håp om at det skal komme noen for å redde dem og løse alle problemer (Yalom, 1998; Åkerman 2010). Når livet blir for utfordrende og frykten tar overhånd kan helsevesenet og en akuttpsykiatrisk avdeling få rollen som the ultimate rescuer (Yalom, 1998).

I akuttavdelinger baseres behandling i all hovedsak på regulerende tiltak som skal stabilisere pasienter og sikre liv og helse. Williams (1998), som selv har hatt diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse, mener at hennes selvdestruktivitet først startet da hun lærte at systemet umiddelbart reagerte på slik atferd. Pasienter som henne gis vanligvis ikke mulighet til å regulere sine affekter selv; de må ikke selv ta et valg om å bli bedre, og de kan komme til å klamre seg fast til «den betryggende tanken om at ansvaret for deres liv hviler på helsevesenet og ikke på dem selv» (Åkerman 2010, s. 140). Skårderud (2007) påpeker faren ved ikke å få muligheten til å lære å takle psykiske smerte: «Å kjenne smerten

effektiv behandling?

er identisk med å bli menneske. Frykter også psykiatrien følelser? Psykiatrien skal lindre. Men når psykiatrien blir for ensidig opptatt av å administrere symptomer (...) sender den budskap om at det vonde ikke er til å bli tålt. Det er analogt til foreldrene som ikke tåler et barns følelser. Hvordan skal da barnet utvikle kompetansen til å takle dem?» (s. 434).

En eksistensialistisk tilnærming

I et eksistensialistisk perspektiv er mennesket fritt i den forstand at det alltid har et valg. Ifølge Yalom (1998) skaper frihet angst fordi mennesket søker etter struktur. Selv om man aldri vil kunne få full kontroll over alle faktorer som påvirker livet, har ethvert individ ansvar for sin egen livssituasjon. Vi er ansvarlige for den holdningen vi møter motgang med; vi kan velge

mellom "(...) om vi vil leve et liv i bittert savn eller finde en måde, hvorpå vi kan sætte os ud over handicappet og skabe en meningsfuld tilværelse på trods af det» (Yalom, 1998, s. 288). Eksistensialisme er et teoretisk rammeverk som gir åpning for å se psykopatologiske fenomener som noe annet enn produkter av gener og biokjemiske prosesser. Magagna (2008) demonstrerer for eksempel hvordan destruktive stemmer som skaper forvirring og selvmordstanker kan representere et trygt fengsel som beskytter både mot eksistensiell isolasjon og frihet. Pasienten som beskrives ville uten stemmene ikke følt seg hel. Dette skapte angst og hun var derfor redd for å gi slipp på stemmene. Ifølge Yalom (1998) viser denne angsten veien til et autentisk liv. Utfordringen for mange synes å ligge i valget om å følge angsten i stedet for å kjempe imot den. Eksistensialismen sier at det å gjøre seg selv



BEKREFTENDE KOMMUNIKASJON:

I BET møtes trusler om selvmord med at man bekrefter tanker og følelser pasienten har. Ofte vil pasienten falle til ro når hun merker at det er plass for destruktive tanker. Foto: Colourbox.

til en velgende person reduserer opplevelse av maktesløshet og fremmer individets autonomi (Yalom, 1998). Nedenfor beskrives hvordan BET-modellen hjelper hardt prøvede pasienter til å bli mennesker som har og tar valg.

Basal Eksponeringsterapi

I BET ses pasienten som en som opprettholder sine problemer gjennom unnvikelse, og som ansvarlig for å muliggjøre endring gjennom aktive valg. Helsepersonell kan veilede pasienten, men ikke løse pasientens problem: «Vi kan ikke fjerne din smerte,

og vi kommer ikke til å forsøke på det. Det har helsetesen prøvd på i flere år, og det har tydeligvis ikke funket» (Heggdal, 2011, s. 345). Formålet med BET er å redusere pasientens avhengighet av å bli regulert av andre og fremme evnen til selvregulering av affekt og atferd. BET forløper gjennom 5 faser: etablering av sikker base (Bowlby, 1998); etablering av arbeidsallianse; utforskning av unnvikelse; eksponering og løsningsfokuset konsolidering av funksjonell mestringsatferd (Heggdal, 2008). Den terapeutiske strategien komplementær ytre regulering (KYR) er et sentralt verktøy gjennom hele prosessen. KYR består av «de motsatte» strategiene underregulering og overregulering, og er forankret i en hypotese om at understøttelse av mestringsatferd i vekslende med understimulering beveger pasienten i retning av økende selvregulering. I KYR «erstatte» validerende kommunikasjon ytre regulerende tiltak (gitt at det ikke er akutt fare for liv og helse), mens løsningsfokuset bemyndigelse i atferdsterapeutisk forstand forsterker funksjonelle handlingsvalg og øker sannsynligheten for at disse repeteres.

Ved bruk av primærstrategien underregulering blir rammene mindre forutsigbare og utfordrer pasienten til å mobilisere andre og nye strategier for mestringsatferd. En tidligere pasient beskriver underregulering slik: «Da jeg fikk tilbud om behandlingen, kom jeg rett fra skjermet akuttavdeling, der jeg ble fotfulgt fordi de trodde jeg skulle skjære meg eller skade meg. Så kom jeg til en avdeling med glass og ledninger og farlige gjenstander som ikke var ryddet vekk. Mens jeg var innlagt, forsøkte jeg å ta en overdose. I stedet for å bli fratatt medisinen jeg hadde, ble jeg bedt om å administrere dosetten selv. Det var et sjokk for meg, men også en vekker. Jeg ble utfordret til å ta ansvar og grep om livet mitt» (Garbo, 2011, s. 33). Hvis en underregulert pasient fremviser økende atferdsforstyrrelser, ved for eksempel gjentatte ganger å velge å kutte seg uten å søke alternative løsninger, endres oppfølgingsregimet til overregulering. Gjennom empatisk tilstedeværelse utsettes da pasienten for en atferdskontroll utover det en konvensjonell vurdering tilsier er nødvendig. Hensikten er å fremme en opplevelse av understimulering (kjedsomhet) som øker pasientens motivasjon for å ta tilbake ansvar. Når pasienten viser initiativ til å velge funksjonelle løsninger går man, etter en motivasjonsstyrkende «delay», igjen tilbake til



NY ERFARING: Pasienter kan få beskjed om å passe dosetten selv. Foto: Colourbox.

underregulering. På relativ kort tid lærer pasienten at det er mye mer relasjonelt givende med friere rammer. KYR er derfor et viktig element i funksjonshevende behandling av de nevnte pasientene i en sykehusavdeling (Heggdal, 2010).

Viktige faktorer ved implementering av BET i akuttpsykiatrisk behandling

1. Enighet i personalgruppen om utprøving av BET.

Implementering av BET i akuttavdelinger vil by på flere utfordringer. Akuttbehandling skal være kortvarig, og en dreining bort fra en sykdomsmodell og rask igangsetting av medisiner til en tilnærming forankret i eksistensialistiske holdninger vil i seg selv være krevende. BET kan også oppleves å være en «tøff» behandling (Solfjell og Alsos, 2011). Personalet må derfor gjøres trygge nok til å tåle pasientens smerte og reaksjoner. Behandlingsteamets bruk av BET-strategier må være forankret i en felles forståelse og være godt koordinert slik at helheten rundt pasienten representerer en terapeutisk struktur. Det er viktig at behandlere og personalet både for seg selv og sammen med kollegaer vektlegger håndtering av motoverføring som kan være til hinder for funksjonshevende samhandling med pasienten. Hvis ett enkelt personale oppmuntrer eller støtter bruk av unnvikelsesatferd fordi hun/han selv ikke tåler pasientens psykiske smerte, vil dette i psykodynamisk forstand kunne være en utagering som forstyrrer behandlingen. Videre vil det være viktig med systematisk opplæring i BET-prinsipper og hyppig og intensiv veiledning hvor det også gis rom for motforestillinger og kritiske spørsmål.

2. Etablering av et prosessperspektiv.

Akuttbehandling av denne pasientgruppen, herunder medikamentell behandling, bør tross kortvarige innleggelse foregå i et langsiktig prosessperspektiv (Heggdal, 2010). Differensialdiagnostiske avklaringer i forhold til akse I og akse II tidlig i prosessen er viktig for å tilrettelegge for systematiske intervensjoner rettet mot de ulike elementene i tilstandsbildet. Samtidig som behandlingsteamet understøtter mestring og fjerner elementer som kan forsterke dysfunksjonell atferd, kan behandler og personale fra innleggelse til innleggelse utvikle en «sikker base» av terapeutiske relasjoner (Bowlby, 1988; Heggdal, 2008). Når det er etablert tilstrekkelige forutsetninger for en uttalt arbeidsallianse, kan behandlingsteamet fra innleggelse til innleggelse

gjennom KYR ansvarliggjøre pasienten og steg for steg gå videre i BET-prosessen.

3. Opplæring i bruk av komplementære ytre regulering (KYR).

Akuttsykepleieres fokus på sikkerhet fører til utstrakt bruk av hyppig tilsyn og skadeforebyggende tiltak (O'Donovan et al, 2006). Omlegging fra regulerende behandling til KYR vil kreve en grunnleggende holdningsendring og grundig opplæring for å sikre god koordinering av tiltak gjennom vaktskifter, helger og ferier. For helsepersonell som i en travel hverdag er vant til å regulere pasienters atferd kan bruk av underregulering, særlig i en oppstarts- og opplæringsfase, skape utrygghet og frykt. Dette vil kunne gå ut over personalets evne til å håndtere situasjoner på en profesjonell måte (Vatne, 2006). Et av formålene med KYR er imidlertid nettopp reduksjon av atferdforstyrrelser

«BET i akuttbehandlinger vil gi en ny innfallsvinkel til å forstå pasientenes problemer.»

og nedkorting av behandlingsopphold. Samtidig fremmer denne BET-strategien motivasjon for å komme inn i funksjonshevende prosesser, uavhengig om det skal dreie seg om eksponering eller andre psykoterapeutiske tilnærminger (McGahn og Heggdal, 2011).

4. Vektlegging av validering (bekreftende kommunikasjon).

I tråd med retningslinjer for vurdering av selvmordsfare vil man i akuttavdelinger vanligvis møte selvmordstanker med detaljert utspørring. For kronisk suicidale pasienter kan stadige risikokartlegginger vikle pasienten enda mer inn i et destruktivt univers. I BET møtes appell eller trusler om selvmord med en bekreftende holdning, det vil si at man bekrefter følelser og tanker pasienten har, i stedet for å oppmuntre til å velge livet. Bekreftende kommunikasjon handler om å lytte og å se pasientens subjektive opplevelse som sann og gyldig. Terapeuten tar ansvar for eget perspektiv, kommer ikke med løsningsforslag og graver ikke etter informasjon. Pasienter som det her er snakk om vil ofte falle til ro når han/hun merker at det er plass for destruktive tanker og følelser.

5. Forståelse av unnvikelse og unnvikelsens funksjon.

For mange mennesker kan det å snakke med noen, gå tur, høre på musikk, dyrke fremtidshåp osv. bidra til å holde psykisk smerte tilstrekkelig på avstand til å kunne leve et godt liv. Personalet må være bevisst på at slike mestringsstrategier, for de pasientene vi her snakker om, også kan representere dysfunksjonell unnvikelse som bidrar til å opprettholde problemet. Pasienter som har blitt behandlet over år i psykisk helsevern kan ha mange ord, men likevel ikke være i kontakt med sine følelser. Ord kan bidra til en intellektuell avstand som effektivt beskytter mot følelser. Helsepersonells hjelp til «å sette ord på følelser» kan da bidra til å styrke et allerede dysfunksjonelt forsvar, og pasienten vil fortsette å bli overveldet av alt som skjer i kroppen. Også gråt kan være unnvikelsesatferd i den forstand at pasienten «tømmer seg» i stedet for å forholde seg til følelsene. I BET inviteres pasienten til å sette følelser på ordene. En typisk intervensjon kan være: «stopp litt der, hva er det som skjer nå?»/«Hva kjenner du i kroppen (magen, brystet, halsen) nå når du sitter og snakker? Den terapeutiske kunsten handler om å bringe pasientens oppmerksomhet inn på selve opplevelsen, og holde fokus der. En kan si til en pasient: «Kan du stenge av alle uttrykk og kjenne hva som skjer inne i kroppen» (ikke snakke, ikke gråte osv). For å kunne skape seg et stabilt liv utenfor sykehuset over tid, så må disse pasientene stoppe

«Dramaet foregår på det indre plan.»

opp og gjøre det motsatte av det de vanligvis gjør, også når det gjelder atferd som vanligvis vil forstås som mestringsatferd.

6. Forståelse av ansvarliggjøring og eksponering som løsning.

Ansvarliggjøring handler ikke om å gi pasienten skylden for at livet har blitt som det har blitt. I et eksistensialistisk perspektiv har ethvert menneske uansett hva som har skjedd i fortiden ansvaret for å løse sitt problem. Terapeutens her-og-nå-holdning og fokusering på valg hjelper pasienten ut av fastlåste grublerier om fortid og fremtid og til en erkjennelse av at han/hun ikke bare er et offer for gener og biologi. Men, pasienten skal ikke og klarer ikke alt på egen hånd. Personalet er til stede som veiledere som

identifiserer og bevisstgjør pasienten i forhold til valget mellom unnvikelse og ikke-unnvikelse. Som en del av eksponeringsarbeidet hjelper personalet pasienten til å bruke funksjonell avledning for at pasienten selv i størst mulig grad skal kunne styre intensiteten i prosessen. Dette betyr at pasienten imellom økter med eksponering kan velge å bruke unnvikelsesstrategier for å dempe eller avlede seg fra smerte og frykt. Funksjonell avledning vil ofte være nødvendig for at pasienten skal kunne integrere erfaringer og samle krefter til å gå videre i eksponeringsprosessen. Eksponering i BET er sjeldent dramatisk. Dramaet foregår på det indre plan; det er pasientenes unnvikelsesatferd som er dramatisk. Selv om pasientene sier at de er motiverte, kan de være umotiverte for å bryte gamle mønstre ved å utsette seg for ubehag og smerte. Når de etter hvert gir opp kampen mot smerten og er i allianse om eksponering, så kan videre behandling gå relativt fort. Rammen av en akuttavdeling vil kunne gi den eksistensielt utrygge pasienten en opplevelse av sammenheng og forutsigbarhet, og dermed en mulighet for å velge å eksponere seg for psykisk smerte, i stedet for å fortsette en flukt som bare skaper flere problemer.

Oppsummering

Denne artikkelen forsøker å vise at det er lite hensiktsmessig ensidig å basere akuttbehandling av pasienter med sammensatte lidelser og lavt funksjonsnivå på en bio-medisinsk modell. Ved akuttavdelinger er tradisjonelt diagnostisering og stabiliserende behandling det som tilbys. For pasientene som er beskrevet her kan imidlertid gjentatte runder med en slik tilnærming bidra til at pasienten i økende grad blir avhengig av hjelp fra helsevesenet. Så langt har 12 av pasienter med lange sykehistorier og dårlig prognose gjennom BET-programmet fått normalisert sine liv (Heggdal og Fosse, 2011). Helsevesenet har et ansvar for å legge om behandlingen der den behandlingen som tilbys ikke ser ut til å bedre pasientens evne til å klare seg selv. Implementering av BET i akuttbehandling vil gi en ny innfallsvinkel til å forstå disse pasientenes problemer, og by på en terapeutisk tilnærming som kan være hensiktsmessig i et mer langsiktig perspektiv. Artikkelen både identifiserer utfordringer og presenterer forslag knyttet til implementering av BET-elementer i akuttpsykiatrisk behandling. I og med at BET har vist seg å være effektivt for mange av disse pasientene, hvorfor ikke gi denne tilnærmingen en sjanse, også i akuttavdelinger? ■



MÅ KJENNETTER: I BET inviteres pasienten til å sette følelser på ordene. En typisk intervensjon kan være: Hva kjenner du i kroppen når du snakker? Foto Colourbox.

Litteratur

Bowlby, J. A. (1988). *Secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

Bøe, T. D. og Thomassen, A. (2003). Mot en mer menneskelig psykiatri – fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse (2. oppl.). Oslo: Universitetsforlaget.

De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.

Garbo, G. L. (2011). Basal eksponeringsterapi: Fikk endelig hjelp. *Psykisk helse*, 3, 32-34.

Hayes S.C., Wilson K.G., Gifford E.V., Follette V.M., Strosahl K. (1996). Experiential avoidance and behavioural disorders: a functional dimensional approach to diagnoses and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.

Hayes S.C., Strosahl K., Wilson K.G., Bisset R.T., Pistorello J., Toarmino D. et al. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553–578.

Heggdal, D. (2008). Basal eksponeringsterapi.

Grunnleggende prinsipper og retningslinjer. *Behandlingsmanual - Versjon 1*.

Heggdal, D. (2010). Basal eksponeringsterapi. Teoretisk forankring - del 1. *Kybernetikk som grunnlag for forståelse og intervensjon*.

Heggdal, D. (2011). På vei til et liv det går an å leve - om basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48(4), 344-349.

Heggdal, D. og Fosse, R. (2011). Basal eksponeringsterapi for marginaliserte døgnpasienter med lavt funksjonsnivå og sammensatte lidelser. Pilotdata. In press.

Hjort, H. og Ruud, T. (2006). En kvalitativ studie av akuttavdelinger i psykisk helsevern. (SINTEF A73). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Hummelvoll, J.K. (2001). Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien -Evaluering av personalets opplevelser og erfaringer fra deltagelse i Prosjekt Undervisningsavdeling Rapport nr. 6 – 2001. Elverum: Høgskolen i Hedmark.

McGahn, M. og Heggdal, D. (2011). BET-forsterket MBT i lukket døgnpost. In press.

Magagna, J. (2008). Attacks on life; suicidality and self-harm in young people. (I: S. Briggs; A.

Lemma; og W. Crouch (red.). *Relating to self-harm and suicide – Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention* (s. 109 - 127). East Sussex: Routledge.

O' Donovan, Å., Gijbels, H. (2006). Understanding psychiatric nursing care with non-suicidal self-harming patients in acute psychiatric admission units: the view of psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (4), 186-192.

Skårderud, F. (2007). *Uro – en reise i det moderne selvet*. 3. opplag. Oslo: Aschehoug & Co. Solfjell, I. M. og Alsos, T. H. (2011): Å våge å forholde seg til livets smerte. En kvalitativ evaluering av Basal Eksponeringsterapi. Hovedoppgave UIO

Vatne, S. (2006). *Korrigerer og Anerkjennelse – Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Williams, L. (1998). *Personal Accounts: A «Classic» Case of Borderline Personality Disorder*. *Psychiatric Services*, 49, 173-174.

Yalom, I.D. (1998). *Eksistentiel psykoterapi* (1.utg., 8. oppl.). København: Hans Reitzels Forlag. Åkerman, S. (2010). *For å overleve – en bok om selvsykdom*. Oslo: Humanist forlag.

«Tvangstrøye og ensomhet, blomster

| MANDAG 7. MAI | |
|----------------|---|
| | FORSKNINGSKONFERANSEN Åpen for alle faggrupper, brukere og pårørende Registrering |
| 09.00 | |
| 09.30 | Åpning |
| 09.45 | From «Double Trouble» to «Dual Recovery»: Integrating Models of Recovery in Addiction and Mental Health. Ved <i>Larry Davidson</i> Professor of Psychiatry and Director Yale Program for Recovery and Community Health, Connecticut, USA |
| 10.45 | Pause |
| 11.15 | «Skitpraten» – broen til verdighet og samfunnsdelaktelse v/ <i>Arve Almvik</i> , faglig rådgiver Høgskolen i Sør-Trøndelag |
| 12.15 | Lunsj |
| 13.15 - 14.15: | Person-centred nursing in mental health care; theory and practice. Ved <i>Brendan George McCormack</i> , Professor of Nursing Research/Director of the Institute of Nursing Research, and Head, Person-centred Practice Research Centre [PCPRC], University of Ulster, Irland. Professor II, Buskerud University College |
| 14.30 -17.00 | Parallelle sesjoner. Frie foredrag. Sykepleie innen fagfeltene psykisk helse og rus. Det inviteres til muntlige innlegg med 25min + 5 min spørsmål (totalt 30 min.) under sesjonen Frie foredrag mandag 7. mai. Tema for denne sesjonen har en vid ramme «Sykepleie innen fagfeltene psykisk helse og rus»: Vi ønsker innlegg om forskningsprosjekt innen fagfeltene rus og psykisk helse og fagutviklingsprosjekt fra praksis. Abstract av innlegget skal ha inntil 300 ord inkludert overskrift og eventuelle referanser. Abstractet skal deles i: – Tittel på innlegget. – Navn på forfatterne uten titler; Etternavn, initialer, adresse og e-postadresse til førsteforfatter. – Abstract skal være strukturert: formålet med studien, metode, resultater og konklusjon. Abstracts som angir i hvert fall noen resultater vil bli prioritert Abstract sendes: Unn Hammervold, epost: unnhvold@online.no innen 01.02.12. Det er kun elektronisk påmelding. Vi ber om at abstractene skrives i Word. |
| 18.00 | Mottakelse DELTAKERAVGIFT mandag 7. mai kr 1.000,- Brukerorganisasjoner samt erfarere kr 750,- I deltakeravgiften inngår faglig program. Kaffepauser og lunsj mandag |

| TIRSDAG 8. MAI | |
|----------------|---|
| | LANDSKONFERANSEN 2012 Rus og psykisk helse – to sider av samme sak Møteleder: Anders J. W. Andersen Registrering |
| 08.00 | |
| 09.00 | Åpning ved leder LPS Vest-Agder og <i>Kurt Lyngved</i> , leder LPS Kulturelt innslag |
| 09.30 | Hva betyr samhandlingsreformen for rus og psykisk helsefelt – hvilke muligheter gir den? Ved stortingsrepresentant og psykiatrisk sykepleier <i>Kari Henriksen</i> |
| 10.00 | Pause |
| 10.20 | Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet. Ved førsteamanuensis <i>Inger Beate Larsen</i> og førstelektor <i>Anders J. W. Andersen</i> , Fakultet ved Helse og idrett, Psykisk helsearbeid ved UIA |
| 11.15 | Må man være frisk for å være medborger? Ved Dekan <i>Trygve Wyller</i> , Teologiske Fakultet, UIO. |
| 12.15 | Lunsj |
| 13.15 | Samhandling – stafett eller lagspil? Ved lege og spesialist i psykiatri <i>Trond Aarre</i> . |
| 14.15 | Pause |
| 14.45 - 15.30 | Parallelle sesjoner: Behandlingsopplegg som virker Sesjon 1 Fritid med bistand. Ved prosjektleder <i>Anders Midtsundstad</i> , Kristiansand kommune Sesjon 2 KID-kurs for personer i arbeidslivet – et samarbeid mellom NAV og Kristiansand kommune. Ved psykiatrisk sykepleier <i>Unni Tvedt</i> , Kristiansand kommune Sesjon 3 Hasjavenningskurs. Ved prosjektleder <i>Geir Ropstad</i> , Kristiansand kommune Sesjon 4 Kognitiv svikt og kognitiv trening. Ved psykolog og doktogradsstipendiat <i>June Lystad</i> , UIO Jobbmestrende oppfølging. Ved psykiatrisk sykepleier og prosjektleder <i>Siri Erga</i> , SSHF Sesjon 5 Det barn ikke vet har de vondt av....lenge. Ved barnekoordinator/erfaringskonsulent <i>Ellen Walnum</i> , SSHF |
| 15.30 | Kaffepause med utstillersbesøk |
| 15.45 | Generalforsamling |
| 20.00 | Festmiddag DELTAKERAVGIFT 8. og 9. mai kr 3.750,- I deltakeravgiften inngår faglig program, kaffepauser, lunsj tirsdag og onsdag og festmiddag tirsdag. Tillegg til deltakeravgiften for ikke-medlemmer i LPS kr 500,- |

«Vaser og kjærlighet» – hvor går vi i 2012?

| ONSDAG 9.MAI | |
|--------------|--|
| 09.00 | Historier om endring. Møteleder: Inger Beate Larsen |
| 09.05 | Erfaringskonsulent i ABUP Sørlandet sykehus <i>Karianne Marlene Zachariassen</i> synger og holder foredrag med følgende tema: «Jeg er mer enn hva du ser».. |
| 09.45 | Pause |
| 10.15 | Ingen er bare det du ser. Erfaringer fra Frelsesarmeens Gatehospital. Ved <i>Marit Myklebust</i> , leder av Frelsesarmeens Gatehospital Oslo |
| 11.00 | «Om jeg så skulle kjøre fra Svalbard, så ville jeg møte opp på ansvarsgruppemøtene». Ved allmennlege og smitteoverlege <i>Dagfinn Harr</i> , Kristiansand Kommune. |
| 11.45 | Lunsj. |
| 12.45 | En historie om samarbeid som kan gi håp til håpløse. Ved psykologspesialist <i>Andreas Aamodt</i> og erfaringskonsulent <i>Cecilie Vigmostad Eriksen</i> , RVTS Sør/SSH. |
| 13.30 | Pause |
| 13.45 | Erfaringsbasert kunnskap som pasient på psykiatrisk akuttpost. Ved psykiatrisk sykepleier <i>Per Ivar Støle</i> , SSHF |
| 14.45 | Presentasjon av neste års Landskonferanse |

PRAKTISKE OPPLYSNINGER

STED: Clarion Hotel Ernst, Kristiansand

OVERNATTING pr/pers/natt:
Enkeltrom kr 1080,-/
dobbelrom kr 600,-

FRISTER: Ved påmelding etter 1. februar 2012 påløper et gebyr på kr. 300,-/ etter 1. april kr 500,-. Påmelding ved konf.start kr 750,-.

PÅMELDING: Skriftlig pr. fax, post eller elektronisk ved å gå inn på www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisykepleiere. Bindende påmelding.

PÅMELDINGEN SENDES TIL:
KURS OG KONGRESSERVICE, «LPS»,
7340 OPPDAL Fax 72 42 34 40
e-post: post@kursogkongress.no
For spørsmål ta kontakt med Kurs & Kongresservice tlf 72 42 34 48

BETALING: Faktura/bekreftelse på bestillingen sendes ut etter 15. februar. Ønskes faktura tilsendt i

2011, anfør dette på påmeldingen eller send epost til post@kursogkongress.no. Dersom faktura ønskes sendt til en annen adresse enn jobbadressen vil det påløpe et gebyr på kr 50,-. Bekreftelse blir da sendt til deltakeren og fakturaen til oppgitt fakturaadresse

AVBESTILLING: Kun skriftlig avbestilling. Avbestilling etter 15. februar kr 400,-. Etter 1. mai betales full deltakeravgift inkl. bestilt overnatting/bespising.

REISE: Det er reservert et begrenset antall flybilletter til/fra Kr.sand med rabatt. Kryss av på påmeldings-skjemaet dersom du ønsker tilsendt bestillingsskjema for flybillett. Denne sendes i postoppkrav senest en uke før avreise. Spørsmål vedr. flytider/priser: Berg-Hansen Reisebureau, Trondheim. Tlf. 73 10 47 17. Fax 73 10 47 01 Kontaktperson: Wenche Foss. E-post: wefo@berg-hansen.no

Efternavn Fornavn

Tittel Arb.sted

Adresse arb. Pnr/sted

Tlf. Faks E-post

Bemerkning/spesiell diett/annen fakt.adresse/best.kode mm:

Er medlem av LPS Brukeorg./erfarer Ønsker å delta på Forskningskonferansen Landskonferansen 2012

Påmelding til parallelle sesjoner Tirsdag 8. mai -kl. 14.15-15.00. Sesjon nr.

Overnatting

Ønsker ikke overnatting Ønsker overnatting i enkeltrom Ønsker overnatting i dobbeltrom sammen med

Ankomst dato Avreise dato Ønsker røykerom

Bespising utenom deltakeravgiften:

Ønsker å delta på mottakelse mandag 7. mai kl. 18.00

Ønsker tilsendt bestillingsskjema for fly

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE



Ikke søvndyssende

I boken *Søvnløshet* beskriver forfatterne blant annet hva søvn er, hvor mye søvn vi trenger, om søvnløshet er skadelig, og hvordan man kan hanskes med og behandles for søvnløshet. Boken inngår i en serie om søvn, utgitt på Cappelen Damm. De andre bøkene i serien er *Barn og søvn*, *Eldre og søvn* og *Søvn og døgnrytme*.

Forfattere er Mona Skard Heier og Anne M. Wolland. De har begge arbeidet mange år med pasienter som lider av søvnforstyrrelser.

Søvn og døgnrytme,
Cappelen Damm Akademisk

BOKOMTALE



Når unge sliter

Temaet er ungdom og psykisk helse. Første del av boken består av fortellinger om ungdom, og mange av dem har dårlig psykisk helse når vi møter dem. De har opplevd ting som har gjort dem syke, eller de har det bare fryktelig vondt uten at de helt vet hvorfor eller hva de skal gjøre med det. I den siste delen av boka er det mange faktaopplysninger: om psykisk sykdom, om hvem som kan hjelpe når man får problemer, om taushetsplikt og om mye annet.

Forfatteren Arnhild Lauveng er psykologspesialist. Hun har arbeidet som psykolog i offentlig sektor og er i dag doktorgradsstipendiat ved Akershus Universitetssykehus.

Noe mye mer annet - om ungdom og psykisk helse,
Universitetsforlaget

BOKOMTALE



Tause pasienter

Yrkesutøvere som arbeider med mennesker i vanskelige livssituasjoner, kan oppleve taushet i møtet med brukeren – et ubehagelig fravær av verbal samhandling. Hvordan kan dette forstås og håndteres?

Boken bygger på intervjuer med erfarne yrkesutøvere innenfor psykiatri, sykepleie og sosialt arbeid.

Fofattere er Ingeborg Herset og Sveinung Horverak. Herset har master i sosialt arbeid. Hun er virksomhetsleder for barnevernstjenesten i Nesna kommune. Sveinung Horverak er førsteamansuensis, seksjonsleder for sosialfag og prodekan ved Universitetet i Nordland.

Rom for taushet i profesjonelle samtaler,
Fagbokforlaget

BOKOMTALE



En god latter

Humoren sitter løst i sykehuskorridorene. Morten Oksvold har samlet gullkorn fra pasientjournalene i tillegg til lattervekkende uttalelser fra legestudenter, bisarre besvarelser fra professorer og til slutt noen morsomme kommentarer fra pasientene selv. Dette er Oksvolds andre gullkorn-bok.

Flere gullkorn fra pasientjournalen,
Gyldendal

«En visdom som ikke kan leses i bøker, kan leses i roser»

André Bjerke

BOKOMTALE



Normalt liv som stemmehører

En annen virkelighet er en bok om annerledeshet og stemmehøring. Den beskriver hvordan feiltolkninger og avvikende oppfatninger, også kalt vrangforestillinger, ofte kan forstås i lys av normalpsykologi. Stemmehøring har lenge vært sett på som et sentralt symptom på alvorlig psykisk lidelse. Det trenger det ikke være, selv om stemmehøring kan oppleves som svært skremmende og hemmende. For mange er det mulig å leve et tilnærmet normalt liv som stemmehører.

Boken retter seg mot den som selv sliter med stemmehøring, pårørende og fagfolk, og kan gjerne brukes i et samarbeid mellom dem. Den gir oppdatert kunnskap om fenomenet stemmehøring og forståelsen av psykoser.

Forfatterne Arne Repål og Helge Jordahl er begge spesialister i klinisk psykologi. Sammen har de tidligere utgitt boken *Mestring av psykoser*.

En annen virkelighet,
Fagbokforlaget

BOKOMTALE



Råd til foreldre

Boka tar utgangspunkt i at det er selve relasjonen til foreldrene og andre voksne som bygger barns selvfølelse, ikke teknikker for barneoppdragelse. Barn har behov for kloke, sterke og snille voksne som både kan gi beskyttelse og trøst, og oppmuntre til selvstendig bevegelse ut i verden. Men barn trenger også voksne som er villige til selv å være i utvikling. Forfatteren Guro Øiestad er psykolog og spesialist i klinisk psykologi. Hun har ingen fiks ferdige oppskrifter, men med utgangspunkt i utviklingspsykologi, hjerneforskning og tilknytningsteori gir hun leseren råd som kan hjelpe foreldre til å bygge en robust og god selvfølelse hos barna sine.

Selvfølelsen hos barn og unge,
Gyldendal

BOKOMTALE



Metode for å snakke med barn

Når barn får anledning til å være informanter om egen virkelighet, kan det avdekkes forhold som gir bedre forståelse for barnets situasjon. Dette er forfatterens utgangspunkt i denne boken.

Forfatteren gir en systematisk beskrivelse av kommunikasjon med barn i profesjonelle, strukturerte situasjoner gjennom Den Dialogiske Samtalemetoden (DCM) som er utviklet for å gjennomføre profesjonelle samtaler med barn. Forfatteren viser hvordan den voksne i en dialogisk prosess kan gi barn generelt, og utsatte barn spesielt, optimale muligheter til å fortelle om erfaringer, tanker, overgrep, omsorgssvikt med mer.

Forfatteren er spesialpedagog Kari Trøften Gamst. Hun har lang erfaring fra PPT, skole/barnehage og barnepsykiatri. Boken bygger på hennes praksisnære og forskningsbaserte kunnskap, samt internasjonal forskning.

Profesjonelle barnesamtaler,
Universitetsforlaget

BOKOMTALE



Sinn, kropp og samfunn

Psykatriiboken er ment å være en kunnskapskilde for alle innenfor psykisk helsearbeid. Samtidig skal den være et refleksjonsgrunnlag om livssmerter, mestring og psykisk sykdom. Ifølge forlaget fremmer boken faglig handlingskompetanse. Forfatterne trekker også inn psykiatri og psykisk helse som samfunnsmessige og kulturelle fenomener. Forfattere er Finn Skårderud, Svein Haugsgjerd, Erik Stånicke.

Psykatriiboken,
Gyldendal

Sydenturene har styrket fellesskapet

To flotte sydenturer har bydd på mye moro og store utfordringer for beboere og ansatte i Vebjørn Tandbergsvei 14 i Bodø. Men viktigst av alt – det har gitt en følelse av samhold og likeverd.

Tekst Marit Larsen, Psykiatrisk sykepleier/avdelingsleder og Ruth Hildegun Johnsen, psykiatrisk sykepleier

Vi er ansatte og leietakere i et kommunalt bofellesskap som åpnet i mars 2008. Tre etasjer med seks leiligheter i hver etasje med to fellesstuer tilknyttet heldøgns miljøteneste. Leietakerne er mennesker med alvorlige psykiske lidelser som ikke har mestret å bo selvstendig. For noen har psykiatrisk sykehus vært hjemmet i inntil 10 år, noen har vært såkalte «svingdørspasienter», mens andre har bodd hjemme hos foreldrene.

Vi har valgt oss et salutogenesisk utgangspunkt; vi ønsker å se det friske og de positive ressursene hos den

enkelte. Som personal ønsker vi å gi tilbud om støtte, veiledning og motivering for å mestre hverdagens utfordringer så selvstendig som mulig. Vi har en filosofi om at hver enkelt skal føle at de bor privat i bofellesskapet. Det er respekt for det enkelte mennesket, omsorg, samarbeid og trygghet som er basis i arbeidet som utføres i bofellesskapet Vebjørn Tandbergsvei 14.

Ideen ble født

Vinteren 2010 ytret en av leietakerne et ønske om å dra til Syden. Vi undret kort om dette kunne være mulig, og fant fort

ut at ja – det var det. Vi bestemte oss for å reise høsten 2010.

Vi luftet det for flere av beboerne, og det var stor stemning for dette. Åtte av 18 hadde lyst til å reise. Aldersspredningen var fra 28-58 år, en ung dame og resten menn. Personalet hadde alle relativt lang erfaring, og hadde jobbet i bofellesskapet siden det åpnet. Dette medførte at vi alle kjente hverandre godt.

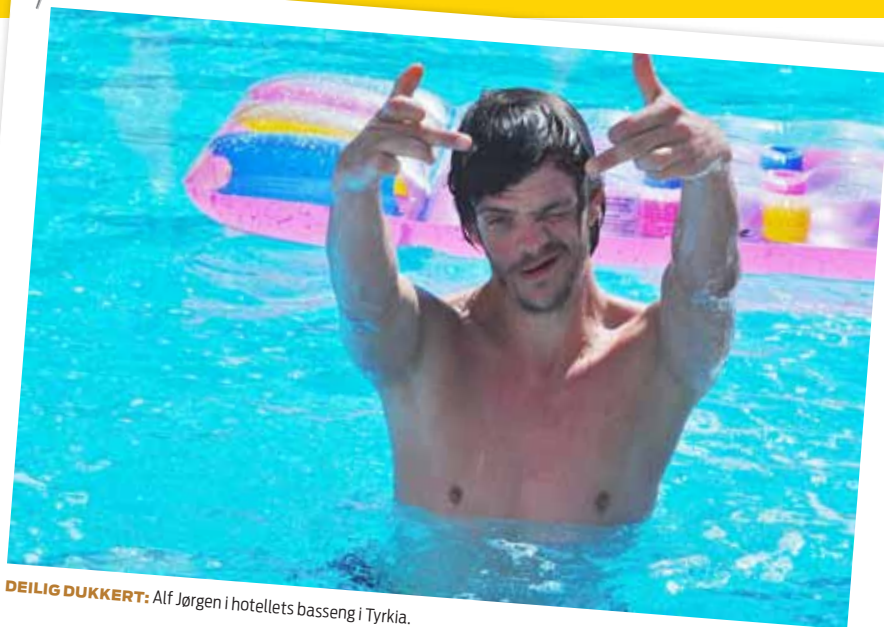
Første utfordringen var; hvordan skaffe penger? I Bodø kommune kunne man søke ledsagertilskudd for feriereiser. Seks av åtte reisende fikk innvilget dette. Det betydde at med god planlegging og



GOD STEMNING: Marit og Remi svinger seg i dansen.



FESTLIG FERIE: Silje koser seg på restaurant.



DEILIG DUKKERT: Alf Jørgen i hotellets basseng i Tyrkia.

leting etter billige flybilletter kunne utgiftene dekkes for fire ledsagere. Ingen fikk godtgjørelse utover ordinær lønn, og turen ble som en dugnad tuftet på ønsket om å gi leietakerne en opplevelse utover hva vi klarer ellers i hverdagen. To av personalet var godt kjent i Spania; hvorav en hadde leilighet i et område som ble vurdert som godt egnet; et litt rolig område som vi kunne trekke oss tilbake til når dagens utfordringer var over.

Vi ønsket at alle skulle få oppleve en tur med gode opplevelser og aktiviteter; og da rekker ikke uføretrygden langt. Vi måtte få inn penger på annen måte i tillegg til ledsagertilskuddet. Vi ba om ideer fra gruppa, og vi bestemte oss for å ha kafe i en nedlagt kantine på Vol-len sykehjem hvor Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus, hjemmetjenesten og korttidsavdelingen hadde baser.

Vi samlet tomflasker, og vi solgte kaker. Når billetter var betalt, hadde vi penger igjen til å leie bil – dekke all tørrmat og i tillegg dekke en tur til en stor fornøylespark, samt båttur og lunsj til en øy utenfor Santa Pola.

Mye måtte avklares

I forkant hadde vi mange diskusjoner i personalgruppa, og på tvers av personal/

leietakergruppa. Disse gikk blant annet ut på: Hva med alkohol? Hvor mye kontroll må vi ha? Hva med medisiner? Hvem bør bo sammen med hvem? Hva skulle målet med reisen være?

Det ble fort klart at leietakerne ikke ønsket seg en reise hvor alkohol ikke var tillat. Vi spurte derfor gruppa hvordan de så for seg dette; blant annet på bakgrunn av at en av beboerne brukte antabus, men alle sa at så lenge det ikke ble for mye var det helt greit. Vi laget derfor en avtale som alle skrev under på; om noen i reisefølget syns det var ubehagelig ble det alkoholfritt resten av turen. For å si det enkelt; det var ingen problemer knyttet til alkoholbruk under turen.

Etter hjemkomst ble det laget fotobok som alle har hatt stor glede av, og vi hadde alle en opplevelsen av å ha gjort noe som var av stor betydning for den enkelte. De fleste hadde vært med på aktiviteter og gjøremål de på forhånd ikke kunne trodd var mulig. For eksempel hadde en av leietakerne store vanskeligheter med å gå i butikken hjemme, men her var han med både på busstur, restaurant og marked. Det ble raskt snakk om at dette måtte gjentas, og på ettervinteren 2011 bestemte vi oss for å gjennomføre en ny sydentur. Det ble fort klart at en ny reise

til Spania ble for kostbart. Ledsagertilskuddet eksisterte ikke lenger, og vi måtte finne andre måter å skaffe penger for at dette kunne gjennomføres.

Penger til ny tur

Vi videreførte kantineopplegget fra sist år i en enklere variant; vi hadde lunsjer på huset hvor alle betalte en noe høyere pris enn til vanlig og alle disse midlene gikk til Syden-prosjektet. Alle dedikerte fortsatt tomflasker. I tillegg søkte vi midler fra Fylkesmannen i Nordland, alle tenkelige og utenkelige lag og foreninger, og Skanska som hadde et stort byggeprosjekt bak bofellesskapet. Vi fikk støtte fra Fylkesmannen i Nordland, Skanska og en frivillig organisasjon.

Vi sjekket priser, samt at vi i år hadde et ønske om å reise direkte fra Bodø. Valget falt på Tyrkia, og etter anbefalinger ble Side som destinasjon bestemt. Dette er en mindre by med mindre forhold enn for eksempel Antalya eller Alanya.

Vi valgte et leilighetshotell hvor det ble utført daglige rengjøring, samt at vi hadde frokost hver dag i restauranten.

På bakgrunn av fjorårets erfaringer bestemte vi at leietakerne og personalet skulle bo i separate leiligheter. Bakgrunnen for dette var at de skulle få erfare å

ordne seg selv, ta egne valg med hensyn til dagens gjøremål og aktiviteter. Snart var en fornøyd gjeng reiseklar. En gjeng på ti leietakere, fem ansatte hvorav to hadde vært med på fjorårets tur, samt en psykiater fra DPS i Bodø. Hans deltakelse hadde bakgrunn i hans engasjement og ønske om å være med etter å ha hørt oss fortelle og sett boka fra fjorårets tur.

Nervøse før avreise

Noen hadde en spennende tid før avreise; så spennende at de ønsket å trekke seg; flyskrekk eller usikkerhet for det ukjente. Alle fikk dekt behov for å sitte med kjente, trygge personer eller noe ekstra beroligende for å klare flyturen og hele gruppa på 16 dro hjemmefra med maxidrosje med Tyrkia som mål en ettermiddag kl 17.30. En av beboerne som ønsket å trekke seg utbrøt på flyet «Nu har æ det skikkelig bra!»

Personalet kjente nok litt på «hva venter oss?» « i avreiseøyeblikket. Det var en sammensatt gjeng som alle slet med sitt. Ville «Rolf» som i perioder slet med psykose takle stresset med å reise på en slik tur? Hva med «Hanne» som har en alvorlig spiseforstyrrelse? Hva

velse av sammenheng er en viktig determinant for bevaringen av en plassering i forhold til god og dårlig helse. OAS består av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Alle som deltok på turen hadde i utgangspunktet ressurser til rådighet som er tilstrekkelig til å møte eller klare av de krav man ble stilt ovenfor, i frisk forfatning. I de tilfellene de følte at de kom til kort, var personalet der og hjalp dem til å hente seg inn – og få øye på sine egne ressurser. Når «Hanne» fikk problemer i forhold til mat og kaliumverdier, og fikk angst som hun ikke greide å håndtere på egen hånd, var personalet til stede og på en måte gjorde hennes egne ressurser synlige. Hun fikk egentlig den hjelpen hun selv visste svaret på. At hun skulle ta ekstra kajos, at hun måtte beholde litt av maten og andre ting. I forhold til en slik tilnærming vil «Hanne» kunne føle mestring, og hun håndterer en situasjon hun i utgangspunktet ikke



UTELIV: Maria og Ronja venter på middagen.

liensk aften med god mat og underholdning. Basseng med solsenger, biljardbord, gratis buss til stranden. Det var butikker og restauranter i umiddelbar nærhet og gangavstand til sentrum. Første dagen var vi personalet noe usikre på hvor mye kontroll vi burde ha på hvor de var og hvor lenge de var borte, men vi slappet fort av. Det viste seg at de tok ansvar og viste hensyn til alle i gruppen.

Magedans og bad

På tyrkisk aften var det underholdning med tyrkisk folkedans og magedans. En paljettkledd ung dame som attpåtil hentet opp frosne nordmenn for å introdusere sensuelle hoftevrikk. Her ble tre av «våre» hentet opp, og det var imponerende å se hvor lite høytidelig de tok seg selv. En av guttene gav alt, var gulvets konge og hele restauranten kokte av latter. Neste dag fikk han kommentarer og takk fra øvrige gjester for «forestillingen». Vi fikk også svingt oss til musikk fra et bulgarsk par som spilte danselåter.

Vi avgjorde raskt at vi kunne ikke være på ferie i Tyrkia uten å oppleve tyrkisk bad eller «hammam». 12 stykker dro med spenning i blodet med buss som hentet oss ved hotellet – tre stykker valgte å ikke delta. Det var en fantastisk opplevelse; spesielt at to av jentene som har hatt alvorlig selvskadingsproblematikk med svært synlige arr etter kutt ble med på dette selv om de visste at de måtte være i badetøy og at det var tyrkiske menn som skulle skrubbe og massere dem. Etter noen timer med badstu, bad, massasje, ansiktsmaske, manikyr og pedikyr dro vi trette og fornøyde tilbake til hotellet.

«Det var imponerende å se hvor lite høytidelig de tok seg selv.»

med «Trude» som sliter med flashbacks, mareritt og psykotiske perioder.

Plutselig var alle på flyet. «Finn» på 180 kg satt inneklemt i et altfor trangt flysete. Øynene hans skinte av forventning og glede. Han hadde vært så redd for ikke å få bli med. Nå satt han klar for en fem timers flytur. Han klagde ikke, dette skulle han gjennomføre.

Godt for helsen

Antonovsky snakker om opplevelse av sammenheng (OAS). Han sier at opple-

trodde hun skulle mestre. Dette vil igjen kunne føre til økt selvbilde, bedre kontroll og mindre angst.

Endelig i Tyrkia

Etter en flytur på fem timer og en buss-tur på vel en time, var vi fremme i Side på hotel Anthos Garden kl 04.30 torsdag morgen. Det skulle vise seg at dette var et meget godt valg. Hotellets betjening var svært inkluderende og hyggelige. Restaurant med to arrangementer i løpet av uken vi var der; en tyrkisk og en ita-



BURSDAG: Silje hadde fødselsdag, og det ble feiret med nydelig kake.

Mindre grupper

I motsetning til fjorårets tur hvor vi dro i samlet flokk og følge til de fleste aktiviteter; opplevde vi i år at de dro i mindre grupper ut på opplevelser; enten dette var shopping, basseng, strand eller måltider. De hadde ikke behov for at personalet skulle være sammen med dem hele tiden. De kunne også selv avgjøre at de ikke ønsket annet enn å ligge ved hotellets basseng.

Vi mener at dette er en konsekvens av at vi ikke bodde sammen med dem, og at de selv tok ansvar og kontroll for ulike hendelser og avgjørelser. Institusjonalisert som mange er, er det lett for dem ubevisst å overlate ansvar og avgjørelser til oss, og ofte like ubevisst enkelt for oss å gjøre det!

Vi var tilgjengelig for støtte og hjelp om de kom i situasjoner de følte de ikke mestret. Vi hadde vakttelefon hvor de kunne kontakte oss om det var behov.

Likeverd

Når jeg sitter og ser for meg alle «leietakerne» og «personalet» rundt restaurantbordet om kvelden, slår det ned et ord i mitt hode - nemlig ordet likeverd. Dette ble veldig tydelig. Det var VI. Ikke dem og oss, men VI. Vi var sammen.

Greta Marie Skau skriver i sin bok; «Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse som utfordring, 1998», at den

profesjonelle tilhører et offentlig maktapparat, og disponerer over et sett av yrkesspesifikke kunnskaper og ferdigheter som kan gjøre krav på atskillig høyere status og mer autoritet enn den motparten representerer. Dette er en viktig og grunnleggende ulikhet mellom partene, som alltid vil være til stede som premiss for samhandlingen mellom dem. Den enkelte profesjonutøveren kan så forsterke eller svekke denne strukturelt betingende ulikheten gjennom sin måte å opptre på som person i møtet med brukerne.

Våre «brukere» var tatt med på de fleste avgjørelser angående turen. De hadde kanskje en opplevelse av å bli hørt og tatt på alvor, allerede fra starten av. Rundt bordet var praten løs og ledig. Det virket som alle sammen turte å uttrykke hva de tenkte og syntes. Etter som dagene gikk, følte vi at et usynlig bånd forsterket relasjonene, og dette båndet ble bare sterkere og sterkere. Relasjonene mellom personalet og «brukerne», relasjonene «brukerne» seg i mellom, og ikke minst relasjonene personalet seg i mellom. Det rådet en fri og upersonlig tone som gav gjenklang blant alle. «Brukerne» fortalte egne personlige ting de ville dele, de viste andre sider av seg selv som ingen hadde sett før. Det samme gjorde personalet. Vi var som et eget lite

lag. En helhet. En av «brukerne» kalte oss et topp-team- Side. Vi hadde svekket den strukturelt betingende ulikheten.

«I samspill mellom mennesker innebærer god profesjonalitet at yrkesutøveren også er i stand til å være personlig i sitt møte med den andre: vi har lett for å fokusere på handling, kunnskap og teknikk. Tilstedeværelsen i relasjonen er imidlertid den egentlige nærende kvalitet vi kan gi et samvær. (...) Vi må la oss berøre av personer, vi må tore å bruke oss som medmennesker slik at også vi kan berøre den andre. Uten denne berøringen vil personene vi møter og deres verden bli den samme». (Furuholmen og Schanke Andresen 1993:222)

Vi må tørre å by på oss selv. Vi må vise tillit og respekt. Vi må være ekte i møtet med den enkelte. Vi må våge. Uten disse egenskapene har vi tapt, vi har ingenting å gi. Vi vil ikke kunne kjenne på denne sterke følelsen av fellesskap - oss.

Som medmennesker må vi inneha evne til empati, det å sette seg inn i den virkeligheten som for eksempel «Hanne» har. La henne gråte på en skulder - uten å måtte kjenne på at nå blir ting for nært. Det må innebære en naturlighet. Når relasjonen ligger i bunnen og danner grunnlaget vil ting en gjør føles naturlig. Vi må også tørre å vise vår sårbarhet. Vi er alle mennesker som er sårbare, men som selvfølgelig ikke skal forvente at brukeren skal gi det samme tilbake som vi gir dem.

I en bruker-hjelper relasjon i lys av Kari Martinsen som snakker om omsorg, så handler det om å gi dette, uten å forvente noe tilbake.

Vi håper at vi kan ha inspirert noen andre til å gjøre noe utenom det hverdagslige; det har i alle fall hatt store positive effekter for oss alle i Vebjørn Tandbergsvei.

Ta gjerne kontakt om dere har spørsmål eller synspunkter. ■

Sykepleieridentiteten forsvinner i psykisk helsearbeid

I distriktpsikiatriske sentre byttes tradisjonelle sykepleieroppgaver ut med rollen som behandler - og sykepleieridentiteten forsvinner.



Av Cathrine Fredriksen Moe, psykiatrisk sykepleier ved Nordlandssykehuset HF og masterstudent i klinisk sykepleie ved Universitetet i Nordland.

Sykepleiere ved Distriktpsikiatriske sentre, som arbeider med unge mennesker som opplever første episode psykose, definerer kunnskap om somatikk og medikamenter som et «spesialfelt». Tradisjonelle sykepleieroppgaver byttes ut med rolle som behandler og sykepleieridentiteten forsvinner.

Som en del av en større studie har jeg undersøkt de psykiatriske sykepleierens kliniske arbeid ved de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) innenfor et fylke i Norge når det gjelder behandling av unge mennesker som opplever en første episode psykose. Data har vært samlet inn ved hjelp av fokusgruppeintervjuer (1) og analysen er inspirert av Grounded Theory (2). Hovedfunnene i denne studien presenteres i en annen artikkel, men jeg ønsker her å gjøre rede for funn som direkte omhandler sykepleierollen.

En skjult sykepleieridentitet

Mitt ønske var å utforske sykepleierens rolle og kliniske arbeid ved DPS. Det viste seg imidlertid vanskelig, også for sykepleierne selv, å definere hva sykepleie til denne pasientgruppen er. Sykepleieoppgaver som pleie av somatiske plager og medikamenthåndtering var lett å definere og kunnskaper som man kunne hente frem når det var behov for det.

Andre tradisjonelle kjerneområder i sykepleiefaget som omsorg og relasjonskompetanse, og arbeidsoppgaver som familiararbeid, støttesamtaler

og aktiviteter, var det enighet om blant deltakerne at det ikke var spesielt for sykepleiere, men kunnskaper som alle innehar uavhengig av profesjon. Sykepleierkunnskapene ligger derfor som «en firkant nede i hjørnet» som hentes frem ved behov. På bakgrunn av intervjuene har jeg funnet to mulige årsaker til at sykepleierens identitet forsvinner.

Alle er behandlere

Mange ansatte ved DPS har byttet ut sykepleieridentitet med identitet som behandler. Hvordan tjenestene ved DPS er organisert for å ivareta personer med første episode psykose varierer. Ambulant team, dagbehandling, utekontor og poliklinikk er eksempler på hvor behandling tilbys. Deltakere vi har snakket med har jobbet innenfor alle disse organisasjonsmodellene. De fleste sykepleierne titulerte seg som behandler, andre som sykepleier eller klinisk spesialist ansatt som behandler. Mange hadde lang erfaring fra DPS og uttrykte en endring i identitet fra sykepleier til behandler. Pasientene omtaler ofte hjelpere som «en slags psykolog» og er lite opptatt av fagbakgrunn.

«...her er vi alle ansatt som behandlere da, som terapeuter»

Tverrfaglige utdanninger

Tema i gruppeintervjuene var også tverrfaglige videreutdanninger. Mange deltakere har videreutdan-



FLERE PROFESJONER: Grensene mellom sykepleiere og andre som jobber på distrikts-psykiatriske sentre kan bli uklare, og arbeidsoppgavene gå over i hverandre. Alle blir behandlere. Illustrasjonsfoto Colourbox.

ning i psykisk helsearbeid og utdanning fra Seprep som er tverrfaglige utdanninger. Mange hadde i tillegg jobbet sammen over lang tid, noe som gjorde at de var «blitt så like» med årene. En av deltakerne trakk frem som et paradoks at alle snakket varmt om deres tverrfaglige arbeid, samtidig som alle understrekte hvor like de er blitt.

«Vi klarer ikke se nyansene, bortsett fra den medisinske kompetansen.»

Medikamenter og somatikk

Alle deltakerne trakk frem kunnskaper rundt fysisk helse og medikamenter som et spesialfelt for sykepleiere. Sykepleierne selv fremhevet også dette. De mener å ha et «somatisk blikk» som de andre yrkesgruppene mangler. Dette «somatiske blikket» kjennetegnes ved at de kan observere pasientens fysiske tilstand, for eksempel om pasienten er blek, svett eller slapp. Som en rutine skanner sykepleieren pasienten med blikket for å observere den fysiske helsen.

«Jeg skanner enda folk for somatiske problemer og det ringer en bjelle langt borte...»

Kunnskap om virkning og bivirkning av medikamenter er også sykepleierens spesialfelt, og de tar et større ansvar for oppfølging av serumspil og somatiske utredninger, for eksempel røntgen.

Diskusjon

Norsk Sykepleierforbund definerer sykepleierens særegne funksjon til: «Å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov» (3). Deltakerne i vår studie hadde lett for å definere somatikk og medikamenter som sykepleieoppgaver, men hadde vansker med andre områder. Dette støtter Karlsens funn i hans studie om «profesjonell kompetanse» (4).

Alle DPS-ene vi besøkte hadde tverrfaglig personalgruppe og det viste seg tidlig vanskelig å skille ut en spesifikk sykepleierrolle eller spesifikke sykepleieoppgaver. Både de psykiatriske sykepleierne og deres ledere var lite bevisst og reflektert rundt kunnskaper, rolle og ansvarsområde en sykepleier har. Dette førte til at alle ansatte, uavhengig av fagbakgrunn fikk tildelt like oppgaver. DPS veileder (5) sier at «Den formelle grunn og videreutdanning hos ansatte utgjør en grunnleggende kvalitetsgaranti mht fagutøvel-

sen... Det er derfor viktig å ha en oversikt over de ansattes realkompetanse og utnytte denne i tilbudet « (s. 50). Sykepleierens kunnskap om medikamenter og somatikk endret ikke ansvarsområde fra andre miljøterapeuter formelt, men beskrevet praksis viste at sykepleierne uformelt hadde et annet ansvar.

Sykepleierens kunnskap om kropp og fysisk helse er viktig og bør fremheves, mest av alt av sykepleierne selv. Alvorlig psykisk syke vil i større grad ha vansker med å oppfatte og søke hjelp for fysiske plager, samt følge opp iverksatte tiltak. Sammenheng mellom psyke og soma er også veldokumentert og må aktivt brukes i samhandling med pasientene. Psykiatriske sykepleiere har et ansvar for å forvalte denne kunnskapen slik at det kommer pasientene til gode.

Et tverrfaglig arbeid forutsetter at hver faggruppe synliggjør sin spesifikke kompetanse, og for å kunne bevare en sykepleieridentitet innenfor et tverrfaglig miljø må sykepleieren være mer oppmerksom. Jeg tror det vil være en fordel for pasienten om hver yrkesgruppe gjør bedre nytte av sine spesielle kunnskaper. I rurale strøk med mangel på spesialister vil sykepleiere og andre miljøterapeuter ha oppgaver som krever kompetanse utover tradisjonelle fagområder. Dette, sammen med tverrfaglige videreutdanninger, kan nok føre til en pulverisering av rolle og identitet. Rolle som behandler kan gi både høyere status og mer tyngde i faglige fora. Sykepleiere ved DPS har derfor en utfordring når det gjelder å beholde og vise frem sykepleieridentiteten - dersom de ønsker. ■

Medforfatter til denne artikkelen er Berit Støre Brinchmann, professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland.

Referanser:

1. Krueger, R. A & Casey M. A. (2000). Focus Groups: a practical guide for applied research. Thousand Oaks: Sage
2. Glaser, B & Strauss, A. (1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research. New Brunswick: Aldine Transaction
3. Norsk Sykepleierforbund. Hentet 4. Oktober 2011 fra www.sykepleierforbundet.no/fag
4. Karlsen, R. (2009). Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. Sykepleien Forskning 4(3): 198-204
5. Sosial- og helsedirektoratet (2006). Distriktspsykiatriske sentre- med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo: Sosial – og helsedepartementet.

Spre informasjonen!

Kontaktperson:

Morten Leivseth

Tlf. 9581 58 80

E-post: morten@psykiskhelseogrus.no

Batteriet, Bodø

17. november 2011

Medlemsmøte for lokalgruppen i Nordland

På LPS sitt årsmøte i Drammen ble medlemmene invitert til å komme med innspill i flere saker som skal behandles på GF i Kristiansand i 2012. Fristen for disse innspillene er satt til 01.01.12. Styret i LPS Nordland inviterer derfor til medlemsmøte for å drøfte følgende saker:

- Forslag til endring av yrkestittel «psykiatrisk sykepleie».
- Navneendring for faggruppen «Landsgruppe for psykiatriske sykepleiere».
- Framtidig organisering og gjennomføring av nasjonale konferanser i LPS regi.

Hamar

23. og 24. november 2011

Menneskerettigheter, tvang og etikk

Den 4. konferansen om tvang i psykisk helsevern.

Arrangør: Sykehuset innlandet HF, Norsk psykiatrisk forening

Tema: Jussen i møte med pasienten

Mer info om påmelding og program: <http://www.dobbelt-diagnose.no/>

Tromsø

28. november - 2. desember 2011

Kurslederopplæring

Kurslederopplæring for Kurs i mestring av depresjon (KiD). Kurs i mestring av depresjon (KiD) er basert på kognitiv læringsteori og følger kursboken «Å mestre depresjon» i hele kursperioden.

For hvem: Sykepleiere, ergoterapeuter, sosionomer, leger, fysioterapeuter og andre. Det er en fordel å ha erfaring fra arbeid med personer som har ulike depresjonstilstander. Det kreves minimum 3 års universitets-/høgskoleutdanning.

Stord hotel

8. desember 2011

Seminar om psykisk helsearbeid og rus

Fylkesmannen i Hordaland og Rogaland inviterer til seminar.

Tema: Psykisk helse og rus med vekt på kultur og holdninger i tjenestene i lys av verdigrunnlaget for psykisk helse og rus.

Målgruppe: Kommunene i Hordaland og Nord-Rogaland

v/psykisk helsetjeneste
v/NAV sosialtjeneste

DPS i Helse Bergen HF og Helse Fonna HF
Brukerorganisasjoner i Hordaland

Fylkeskontoret i Arendal

30. november 2011

Fagkafe

Lokalt Fagforum i samarbeid med Fylkeskontoret i NSF Aust Agder arrangerer Fagkafe i Fylkeskontorets lokaler på Jernbanen i Arendal. Onsdag 30.11 kl 16.00 – 18.00. Tema er samhandlingsreformen. I tillegg til innlegg ved Harry Svendsen og spørsmål knyttet til dette, blir det enkel servering. Alle medlemmer av NSF er velkommen!

Radisson Blue Scandinavia hotell, Oslo

16. til 17. februar 2012

Nasjonalt forum for akuttpsykiatri

Nasjonalt forum for akuttpsykiatri (nfap) arrangerer 11. nasjonale konferanse i akuttpsykiatri 2012, med akuttpsykiatrisk forskningsseminar. Temaene på konferansen spenner fra akuttpsykiatrisk sykehusavdeling til lavterskeltilbud. De vil omhandle blant annet stemmehøring, psykeliggjøring, mer frivillighet og en innvandrers erfaringer med å arbeide innen norsk psykiatri. Vi vil se over landegrensene for å lære av forskjeller i praksis mellom norske og engelske akuttavdelinger med blant annet de-escalation som tema.

Forskningsseminar holdes 15. Februar

Rica Hell Hotell, Værnes

6. - 7. mars 2012

Ruskonferansen 2012

Rusbehandling Midt-Norge og KoRus Midt-Norge inviterer til nasjonal konferanse. På Ruskonferansen setter vi fokus på nyere forskning innen rusfeltet, og formidler beste praksis basert på kunnskap og erfaringer. Vi ønsker å være et møtested for alle som arbeider innen rusfeltet eller som er interessert i å følge utviklingen i faget. Målgruppe: Ledere og fagfolk i kommuner og spesialisthelsetjenesten, forskere, kompetansemiljø, politikere, politi, brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner og andre interesserte.

Sinnsyke i fyllearresten, er tittelen på dette bildet. Det er tatt av fotograf Sverre A. Børretzen i Oslo i desember 1952. Av grunner som ikke er oppgitt, er bildet arrangert. Det er ett av flere bilder som ble tatt av samme fotograf for å vise de kummerlige forholdene i fyllearresten i Møllergata 19 i Oslo - og for å beskrive hvordan det kunne se ut når psykisk syke mennesker ble plassert der.

I bildeteksten fra den gang står det: «I år har mer enn 100 sinnslidende personer vært oppbevart på Nr. 19 for kortere eller lengre tid fordi det ikke finnes sykehusplass til dem. Forholdet er en skam for byen. For de syke selv betyr det i mange tilfeller forferdelige lidelser, for de pårørende er det en uhyggelig påkjenning og for politiet en veldig belastning.»

Dette bildet skal forestille to politifolk som bringer inn en person i fyllearresten. I bildeteksten står det: «Cellene ligger etter hverandre på begge sider av korridoren. Fulle mannfolk og sinnslidende pasienter sitter i hver sine celler.»





Kafésuksess for brukere i Bodø

I Bodø arrangerer ei ressursgruppe temakafé for brukere av Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus. Målet er å dele erfaringer, knytte kontakter og spre informasjon.



Tekst **Unni Borg**, psykiatrisk sykepleier i Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus, Bodø kommune

En septemberkveld på Nordland Kultursenteret litt utenfor Bodø sentrum. Staselige, gamle bygninger, kunstutstilling i fjøset, hest på stall – og stokkender i dammen. I kveld er det temakafé i Valhall. 55 mennesker har funnet veien hit. Temaet «En meningsfull hverdag» settes på dagsor-

den. Det har vært omtale i avisen på forhånd. En av byens kjente fotballspillere forteller om hva idrett og fotball har betydd for han – formidlet med skjemt og alvor. Marianne deler erfaringer fra mange års interesse for fotografering – noe som for henne har medført flotte natur- og kulturopplevelser og mange blinkskudd.

Bodø danseklubb entrer gulvet – med cowboyhattene på inviterer de oss utpå. Vi er litt nølende, men etter hvert blir 4, 5, 10... 30 stykker med. Musikken skrus opp, og vi øver oss på

linedance! Underholdende for deltakere og tilskuere – og vi tar oss sjøl ikke altfor høytidlig.

Etterpå går praten rundt bordet. Noen har lyst til å melde seg inn i danseklubben. Hva koster det? Er det flere som har lyst?

Dette er et eksempel på hva som kan foregå når det arrangeres temakafé i Bodø.

Begynnelsen

Bodø er Nordlands fylkeshovedstad, med en befolkning på 47 000. Innbyggere med psykiske problemer eller rusavhengighet opplever ofte isolasjon. Mange har ikke en hverdag der fast arbeid, skole, fritidsaktiviteter og jevnlig kontakt med familie og venner inngår som en stabil rutine. De forteller at de lett kan føle seg utenfor i samfunnet, da de mangler et fast sted å gå og treffe andre - et sted som ikke



RESSURSGRUPPA: Møte i ressursgruppa i forbindelse med planlegging av temakafé. Fra venstre: Gjølred Pedersen, Brukerådet ved Villa Vekst, Beate Sørvik Hansen, Rusteamet ved Nordlandssykehuset, Carl Eliassen, Marborg, Kurt Lyngved, Batteriet og Unni Borg, Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus.



SOSIALT: Silje Støver, Beate Sørvik Hansen og Marit Larsen i dialog på et av våre arrangementer.

koster masse penger og dermed blir vanskelig å oppsøke på grunn av en anstrengt økonomi.

Sommeren 2009 ble det dannet ei ressursgruppe som ønsket å arrangere temakaféer. Det begynte med at en bruker etterlyste en møteplass for samtale, fellesskap og diskusjon. Vi bestemte oss for å undersøke om flere var interessert i å være med på dette. I første omgang møttes brukerorganisasjonene Mental Helse, LPP (Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri), RIO (Rusmisbrukernes fellesorganisasjon), Marborg (Medikament Assistert Rehabiliterings Bruker Organisasjon - en organisasjon av og for tidligere rusmisbrukere i LAR behandling i LAR i Nord) og to ansatte i Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus.

Alle bruker- og pårørendeorganisasjonene ville delta. Hver for seg opplevde de utfordringer med å tilby aktiviteter til sine medlemmer. De så også dette som en anledning til å rekruttere medlemmer til organisasjo-

nene. Etter hvert ble også brukerrådet ved Villa Vekst og Kirkens Bymisjon ved Batteriet og Ny Giv med. Tema-kafe-prosjektet var i gang.

Hvorfor temakafé?

Et av hovedmomentene for bedringsprosessen og videre rehabilitering for mennesker med livsproblemer som psykiske lidelser og rusavhengighet,

«Vi har opplevd en fantastisk oppslutning.»

er å ha en hverdag som gir mening gjennom å delta i sosiale nettverk og å få bidra i samfunnet. Vi ønsket derfor å etablere en temakafé der de som deltar, også er med å organiserer og driver.

For mange ville dette representere en mulighet til nye opplevelser, til å møte og være sammen med andre.

Mange forteller om ønske om å ha noe å gå til og få mulighet til å bidra med noe de kan. Vi ønsket å være en slik mulighet, hvor vi starter noe og lar det bli til underveis ut ifra hva deltakerne etterspør – og bidrar med.

Brukermedvirkning handler for oss først og fremst om en mer rettferdig maktfordeling og å ta folks erfaringskunnskap på alvor. Mennesker som kjenner behovene ut ifra egne erfaringer og opplevelser skal være de sentrale premissleverandører. I ressursgruppa er vi opptatt av å få til et reelt samarbeid mellom tjenesteutøvere og mennesker som tjenestene skal støtte – et dugnadsarbeid basert på likeverd. Dette gjør vi blant annet ved å dele på alle oppgaver og ansvar, la alle stemmer bli hørt og oppmuntre til og verdsette deltakelse. Dette trenger vi imidlertid å øve oss mer på å få til i praksis. Som tjenesteutøvere er vi for raske til å ta styringa og ta ordet. Derfor ser vi dette samarbeidet som en god læringsarena for oss alle.

Forskjellige tema

Vi har så langt arrangert åtte temakaféer. Første gang var arrangementet knyttet til markering av Verdensdagen for psykisk helse. Temaet var «livets sårbare overganger», og to deltakere delte sin historie om egne overgangsperioder. Det var sterke historier – som berørte

begrepet, og diskuterte hva vi kan bidra med for å bekjempe stigmatiserende krefter. Rundt 60 personer var tilstede.

Våren bød på poesikveld. 25 fremmøtte – hvor noen leste egne materiale, noen leste hverandres – og andre kjente og ukjente dikt. To av deltakerne har i høst startet brukerstyrt poesigruppe

langt, og forslag for flere temakaféer. Tilbakemeldingene var at deltakerne setter stor pris på tilbudet, og opplever dette som et sted hvor de får informasjon, idéer og mulighet til å komme fram med sine meninger. En av deltakerne sa det slik: «Jeg kommer fordi det er et aktuelt tema – noe som vedrører meg, noe jeg vil si noe om».

Enkelte kvelder har vi hatt litt for mye program innledningsvis og mindre tid til dialog rundt bordet i etterkant. Vi har også hatt diskusjoner i forhold til hva vi gjør med det som jobbes fram gjennom diskusjon på kaféene. Skal vi ta dette med oss videre og følge opp for eksempel på neste temakafé? Eller er det slik at den enkelte tar med seg det de finner nyttig og verdifullt for dem der og da? Det varierer jo også noe hvem som kommer fra gang til gang, men det har etter hvert blitt en del faste som deltar. Vi vil jobbe videre med å prøve oss litt fram her.

«Vi ser store fordeler ved å ha en slik anledning til å dele erfaringer.»

oss og viste oss livsmot og styrke. Her deltok 55 personer.

Neste kafé var et samarbeid med Batteriet om arrangementet av «Fattigdomshøringen». Dette i forbindelse med at 2010 var «Det europeiske året for bekjempelse av fattigdom og sosial eksklusjon». Byens politiske partier samt brukerorganisasjonene satt her i panel, og deltok i høringen. Oppmøte denne gang var vel 80 personer.

I juni ønsket ressursgruppa å sette fokus på mulige aktiviteter i «Sommer-Bodø». Vi inviterte ulike aktører som Den Norske Turistforening og Aktiv Hverdag. Deltakerne var opptatt av å diskutere konkrete turer og gjøremål de kunne tenke seg å gjennomføre i løpet av sommeren. Det kom 25 personer denne gang, og vi opplevde ei aktiv forsamling som delte planer for sommeren.

Fjorårets siste kaféarrangement var «Allsangkveld» i Rønvik Kirke. En lokal anerkjent sanger ble engasjert til å holde en minikonsert. 28 personer møtte opp. Det ble en stemningsfull kveld i kirka.

Først ut dette året var temakafé om Stigmatisering. Bikuben, et regionalt brukerstyrt senter, bidro i arrangementet. Representant for Mental Helse Nordland, Leif Strøm-dal, innledet til dialog rundt bordene. Vi drøftet hvordan vi forstår

på Villa Vekst. Slik kan temakaféene bidra til at det skapes nye møteplasser for fellesskap.

I juni møttes vi på Bratten aktivitetspark. Her fikk vi anledning til å prøve freesbee-golf, balansering og fjernstyrte biler. Det var bålcaffe og visesang i gapahuken og vel 20 personer trosset regnværet og søkte ut denne kvelden.

Vi har bestemt å ha en tradisjon med høstutstilling, kombinert med temakafé om meningsfull hverdag i september hvert år. I år hadde vi syv utstillere, og det ble en artig kveld med presentasjon av Bodø Hundeklubb og byens nye gateavis EKKO. Vel 40 mennesker kom på kafé, og flere besøkte utstillingen.

Erfaringer så langt

Siste temakafé i fjor ble også brukt til evaluering av arrangementene så

Frivillige overtar?

Målet var i utgangspunktet at brukerorganisasjonene og de frivillige gradvis skal overta mer av ansvaret for temakaféene. Tida vil vise om dette er gjennomførbart og ønskelig. Foreløpig ønsker ressursgruppa å bestå slik den er, og bruke tid på å etablere et godt tilbud.

Gjennom samarbeid i ressursgruppa, informerer vi hverandre om aktiviteter og vi arbeider med planer for andre samarbeidsprosjekter. Vi ser store fordeler ved å ha en slik anledning til å dele erfaringer, kunnskap og idéer. Til sammen dekkes et stort kunnskapsfelt, og vi inspireres og utvikler oss gjennom dette samarbeidet.

Nye tema

Filosofisk aften og Julekonsert står for døra før året er omme, og neste års program er under planlegging. Mange frivillige hjelpere ønsker å bidra fremover, og vi kan gjøre en bedre



Foto: Colourbox



KUNSTKAFÉ: Marianne Forsgren forbereder utstilling av sine fotografier.

jobb når det gjelder å gi ansvar, avklare hvilke arbeidsoppgaver som passer den enkelte ut ifra ønsker og behov - for rett og slett ta vare på denne ressursen.

De som kommer, gir tilbakemelding om at det er positivt med sang og musikk hver gang. Vi synger sjøl, og vi inviterer lokale musikere. Dette gir mening til alle parter. Deltakerne setter stor pris på litt servering - som så langt har vært frukt, vafler og hjemmebakst.

Det har kommet ønske fra noen av deltakerne om å tilby et dansekurs og et matkurs. Mange ønsker å melde seg på ordinære tilbud, men opplever terskelen litt for stor foreløpig. Vi håper å kunne få til dette.

Markedsføring av temakaféene har foregått gjennom informasjon via våre nettverk, samt omtale i avisen. Vi har et stort forbedringspotensiale på dette området, og skal fremover jobbe med å få en fast pressekontakt, samt lage et bedre system for å spre informasjon.

Rammer

Ressursgruppa har søkt – og fått penger fra Fylkesmannen i Nordland til å arrangere temakaféer. Brukerorganisasjonene og Kirkens Bymisjon bidrar også med økonomisk støtte. Bodø kommune bidrar gjennom at vi er to ansatte som er med i ressursgruppa. Én av oss koordinerer samarbeidet, mens den andre er budsjettansvarlig og kasserer. Sted for temakafé varierer fra gang til gang. Vi leier eller låner lokaler rundt omkring i byen. Så langt har vi vært i ei kunstforening, et kultursenter, et eldresenter, en barnehage, en aktivitetspark og i ei kirkestue. Deltakerne ser dette som en fin anledning til å bli bedre kjent i egen by. Vi inviterer oss inn – og vi inviterer inn til oss. Vi håper med dette å skape større åpenhet om psykisk helse, sette fokus på muligheter i stedet for begrensninger og slik kunne bidra til et rausere lokalsamfunn.

Oppsummering

Vi har opplevd en fantastisk oppslutning og et stort engasjement så langt. Ressursgruppa ser mange muligheter framover, men vi prøver også å la tilbudet forme seg underveis. Ved at ressursgruppa og de faste frivillige representerer et mangfold håper vi i enda større grad å nå ut til flere – og kanskje til nettopp de som vi ellers ikke treffer på dagsenteret, i hjemmetjenesten, på medlemsmøter eller på kurs.

Initiativtakeren til hele prosjektet døde dessverre før vi kom ordentlig i gang. Vi er takknemlige for idéen, engasjementet og kunnskapen han bidro med. ■

Artikkelen er skrevet på skrivekurs hos Napha.

Vil du vite mer, ta gjerne kontakt med Unni Borg.

Tlf: 46 93 30 03

E-post: unni.borg@bodo.kommune.no



Bli medlem i LPS

LPS, Landsgruppen for Psykiatriske sykepleiere, er en av sykepleierforbundets faggrupper. Medlemmene er sykepleiere som arbeider i eller har interesse for psykisk helsearbeid og rus. Formålet er å utvikle og øke kompetansen innen vårt fag, slik at vi til enhver tid kan yte den sykepleie befolkningen har behov for.

Medlemsfordeler:

- Du kan søke om stipend til kurs, konferanser og seminarer.
- Du kan søke utdanningsstipend på inntil 10 000 kroner.
- Du får rabatt på konferanser og arrangementer i regi av LPS.
- Du får tilsendt fagbladet Psykisk helse og rus.

Hvem kan bli medlem?

- Sykepleiere som arbeider innen fagfeltet psykisk helse og rus, eller som er interessert i fagfeltet, og som er medlemmer av NSF.
- Sykepleiere som ikke er medlemmer av NSF kan tegne abonnement på tidsskriftet Psykisk helse og rus.
- Sykepleierhøgskoler, helseinstitusjoner og firma kan også tegne abonnement fagbladet.

Medlemskap koster kr **350,-** pr. år

Ønsker du og bli medlem av faggruppen kan du sende epost til medlem@psykiskhelseogrus.no eller registrere deg på NSF hjemmesider: <https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/psykiatriske-sykepleiere>.

Ønsker du kun abonnement på tidsskriftet kan du sende e-post til abonnement@psykiskhelseogrus.no